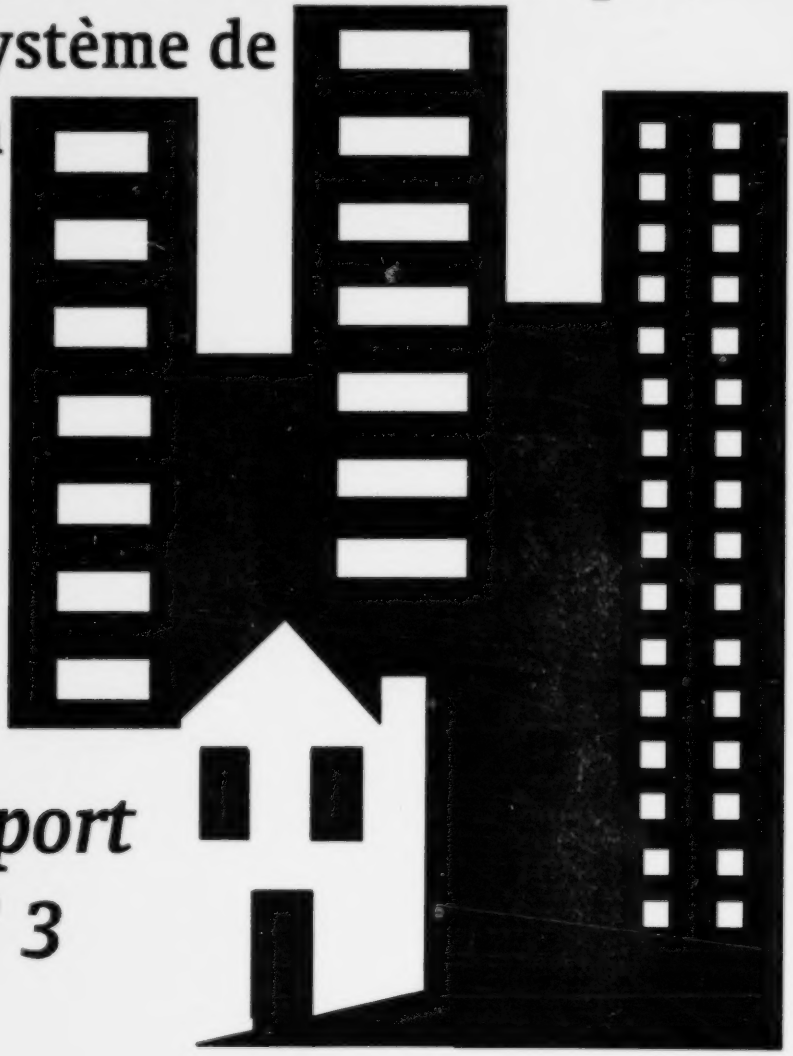
Agence de santé publique du Canada
Public Health Agency of Canada

# Examen du conflit entre le travail et la vie personnelle et des contraintes qu'il exerce sur le système de santé canadien



*Rapport n° 3*

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
*Santé Canada*

*Rapport nº 3: Examen du conflit entre le travail et la vie personnelle et des contraintes qu'il exerce sur le système de santé canadien* a été préparé par **Chris Higgins**, PhD, Professeur, Richard Ivey School of Business, université de Western Ontario, **Linda Duxbury**, PhD, Professeure, Sprott School of Business, université Carleton et **Karen Johnson**, aspirante au doctorat, Sprott School of Business, université Carleton pour le compte de la Division des collectivités en bonne santé, Santé Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne sont pas nécessairement celles de Santé Canada.

Cette recherche a été financée par Santé Canada.

Also available in English under the title:
*Report Three: Exploring the Link Between Work–Life Conflict and Demands on Canada's Health Care System*

ISBN 0-662-78063-9

105-04207/

# Rapport nº 3 :

# Examen du conflit entre le travail et la vie personnelle et des contraintes qu'il exerce sur le système de santé canadien

Chris Higgins, Ph.D.
Richard Ivey School of Business
Université de Western Ontario

Linda Duxbury, Ph.D.
Sprott School of Business
Université Carleton

Karen Johnson, aspirante au doctorat
Sprott School of Business
Université Carleton

*mars 2004*

# Table des matières


Remerciements . . . . . vi
Avant-propos . . . . . vii
Cadre théorique . . . . . viii
Une série de rapports . . . . . ix
Organisation du Rapport 3 . . . . . xi
Résumé . . . . . xii

## *Chapitre 1*

*Introduction* . . . . . *1*

1.1 Objectifs de la présente recherche . . . . . 1
1.2 Pourquoi avons-nous besoin d'une telle étude? . . . . . 2

## *Chapitre 2*

*Contexte* . . . . . 6

2.1 Combien le Canada débourse-t-il pour maintenir ses citoyens en santé? . . . . . 7
2.1.1 Qui défraie les soins de santé? . . . . . 9
2.1.2 Combien le Canada dépense-t-il en soins de santé par rapport aux autres pays? . 10
2.2 Modèles pouvant fournir un cadre au débat . . . . . 11
2.2.1 Promotion de la santé en milieu de travail. . . . . 11
2.2.2 Le modèle de la santé de la population . . . . . 13
2.2.3 L'indice de santé sociale . . . . . 14
2.3 La santé en milieu de travail . . . . . 14
2.3.1 Pourquoi investir dans la santé en milieu de travail? . . . . . 14
2.3.2 Pourquoi les organismes et les gouvernements n'abordent-ils pas les problèmes de santé en milieu de travail? . . . . . 15

## Chapitre 3

*Méthodologie* . . . . . 17

3.1 Qui a participé à l'étude nationale sur l'équilibre entre le travail, la famille et le style de vie? . . . . . 17
3.2 Mesure des constructs clés. . . . . 19
3.2.1 Résultats relatifs à la santé et aux soins de santé . . . . . 21
3.3 Analyse des données . . . . . 21
3.4 Protocoles de rapport suivis . . . . . 23

## Chapitre 4

*Comment les travailleurs canadiens perçoivent-ils leur santé?* . . . . . 25

4.1 Santé perçue . . . . . 25
4.2 Effets du conflit entre le travail et la vie personnelle sur la santé perçue . . . . . 27
4.3 Récapitulation de la santé perçue. . . . . 29

## Chapitre 5

*Quels sont les effets du conflit entre le travail et la vie personnelle sur l'utilisation du système de santé canadien?* . . . . . 30

5.1 Consultation de médecins . . . . . 30
5.2 Consultation d'autres professionnels de la santé . . . . . 33
5.3 Consultation de professionnels de la santé mentale . . . . . 33
5.4 Visites à l'hôpital – Hospitalisation . . . . . 34
5.5 Visites à l'hôpital – Salle d'urgence . . . . . 35
5.6 Visites à l'hôpital ou à la clinique pour des soins ou des tests en clinique externe . . . . 36
5.7 Effets du conflit entre le travail et la vie personnelle sur l'utilisation du système de soins de santé . . . . . 37
5.7.1 Effets de la surcharge de rôles sur l'utilisation du système de santé canadien . . 37
5.7.2 Effets de l'interférence du travail dans la famille sur l'utilisation du système de santé canadien. . . . . 38
5.7.3 Effets de l'interférence de la famille dans le travail sur l'utilisation du système de santé canadien. . . . . 39
5.7.4 Effets de la pression sur le fournisseur de soins sur l'utilisation du système de santé canadien. . . . . 40
5.8 Récapitulation sur l'utilisation du système de santé . . . . . 41

## Chapitre 6

*Estimation du coût des soins de santé découlant d'un grave conflit entre le travail et la vie personnelle* . . . . . 43

6.1 Modèle d'évaluation socioéconomique du conflit entre le travail et la vie personnelle . . . 43
6.2 Coûts en soins de santé d'une forte surcharge de rôles . . . . . 45
6.3 Coûts en soins de santé de la forte interférence du travail dans la famille . . . . . 45
6.4 Coûts en soins de santé de la forte interférence de la famille dans le travail . . . . . 46
6.5 Coûts en soins de santé de la forte pression sur le fournisseur de soins . . . . . 46
6.6 Récapitulation . . . . . 46

## Chapitre 7

*Répercussions du conflit entre le travail et la vie personnelle sur l'usage des médicaments sur ordonnance* . . . . . 48

7.1 Usage des médicaments sur ordonnance au Canada . . . . . 48
7.2 Usage des médicaments sur ordonnance par les travailleurs canadiens . . . . . 50
7.3 Lien entre l'usage des médicaments sur ordonnance et le conflit entre le travail et la vie personnelle . . . . . 51
7.4 Récapitulation . . . . . 53

## Chapitre 8

*Conclusions et recommandations* . . . . . 54

8.1 Évaluation de l'état actuel de la situation . . . . . 54
8.2 Incidence du sexe, du type d'emploi, du secteur d'emploi et du statut de responsable de personne à charge . . . . . 55
8.3 Surcharge de rôles . . . . . 56
8.4 Interférence du travail dans la vie de famille . . . . . 57
8.5 Interférence de la famille dans le travail . . . . . 57
8.6 Pression sur le fournisseur de soins . . . . . 58
8.7 Conclusions et recommandations . . . . . 59
8.7.1 Recommandations aux gouvernements . . . . . 61
8.7.2 Recommandations aux employeurs . . . . . 63

Bibliographie . . . . . 64

## *Tableaux*


Tableau 1 : Coûts du conflit entre le travail et la vie personnelle liés à la santé . . . . . 44

Tableau 2 : Sommaire des résultats concernant les différences au niveau de la santé entre les groupes . . . . . 56


## *Figures*


Figure 1 : Cadre théorique . . . . . x

Figure 2 : Perception de la santé pour l'échantillon total. . . . . 25

Figure 3 : Effets du conflit entre le travail et la vie personnelle sur la perception de la santé

(a) Pourcentage de ceux qui se disent en très bonnne/excellente . . . . . 27

(c) Pourcentage de ceux qui se disent en assez bonne ou mauvaise santé. . . 28

Figure 4 : Pourcentage des répondants qui utilisent différentes facettes du système de santé

(a) Visites chez le médecin, visites à l'urgence, examens médicaux en consultation externe . . . . . 30

(b) Hospitalisations, visites chez un professionnel de la santé mentale . . . . 31

(c) Visites chez un autre professionnel de la santé. . . . . 31

Figure 5 : Effets de la surcharge de rôles sur l'utilisation du système de santé canadien . 37

Figure 6 : Effets des niveaux élevés d'interférence du travail sur l'utilisation du système de santé canadien . . . . . 38

Figure 7 : Répercussions des niveaux élevés d'interférence du travail sur l'utilisation du système de santé canadien. . . . . 39

Figure 8 : Répercussions des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins sur l'utilisation du système de santé canadien. . . . . 40

Figure 9 : Trois perspectives des coûts économiques du stress lié au travail. . . . . 43

Figure 10 : Montant dépensé en médicaments sur ordonnance sur une période de six mois. . . . . 50

Figure 11 : Effets du conflit entre le travail et la vie personnelle sur l'utilisation de médicaments sur ordonnance. . . . . 51

## *Annexes*


Annexe A : Historique des réflexions sur les soins de santé au Canada. . . . . 66

Annexe B : Perception de la santé et utilisation du système de santé . . . . . 69

1. Résultats obtenus pour l'échantillon total . . . . . 69

2. Comparaison : sexe par type d'emploi . . . . . 70

3. Comparaison : selon le sexe et la responsabilité de personnes à charge (RPC) . . . . . 72

4. Comparaison : sexe par secteur d'emploi . . . . . 74

Annexe C : Répercussions du conflit entre le travail et la vie personnelle sur la santé . . . 76

Annexe D : Risque relatif de conflit entre le travail et la vie personnelle . . . . . 77

Annexe E : Calcul des coûts du conflit entre le travail et la vie personnelle pour le système de soins de santé . . . . . 78

Encadré E1 : Données utilisées dans les calculs concernant les visites chez le médecin. . . . . 78

Encadré E2 : Données utilisées dans les calculs concernant les hospitalisations. . . . . 79

Encadré E3 : Données utilisées dans les calculs concernant les visites à l'urgence . . . . . 79

Tableau E1 : Coût du conflit entre le travail et la vie personnelle : Visites chez le médecin . . . . . 80

Tableau E2 : Coûts du conflit entre le travail et la vie personnelle : Hospitalisations . . . . . 80

Tableau E3 : Coûts du conflit entre le travail et la vie personnelle : Visites à l'urgence . . . . . 81

# Remerciements

Cette étude a été financée par Santé Canada. Sans son aide exceptionnelle, cette recherche n'aurait pas été possible. Les auteurs aimeraient souligner les efforts des 100 employeurs qui ont participé à cette recherche et des 31 571 employés qui ont répondu au sondage. Nous aimerions également remercier les personnes-ressources de chaque organisme participant ainsi que nos assistants de recherche, Donna Coghill et Mark Julien, pour leurs efforts en nos noms. Nous sommes aussi reconnaissants aux différents groupes et personnes de Santé Canada qui ont fourni une rétroaction à divers aspects de notre travail. Nous aimerions remercier tout particulièrement Jane Corville-Smith et Sophie Sommerer pour leur soutien et les conseils qu'elles nous ont prodigués pendant le long et difficile processus de recherche. Enfin, nous remercions nos familles de leur soutien tout au long des processus de collecte et d'analyse de données ainsi que de rédaction de rapports.

# Avant-propos

Les enjeux associés à l'équilibre entre travail et vie personnelle revêtent une importance considérable pour les personnes, les organisations qui les emploient, leurs proches, les syndicats qui les représentent et les gouvernements touchés par la concurrence mondiale, le bien-être de la population et la santé nationale. Même si on a écrit beaucoup sur le sujet, seules une poignée d'études qui ont eu une incidence considérable lui ont été consacrées au Canada[1]. Malgré l'intérêt soutenu de la presse populaire pour la question (reflet de celui des lecteurs), il existe, à ce jour, peu de données empiriques fiables pour documenter le débat. Cela est déplorable, puisque les travaux de recherche crédibles peuvent influencer la vision des gouvernements et des employeurs en ce domaine et la manière dont ils formulent les politiques de ressources humaines et de travail, ainsi que les politiques sociales.

Il y a une décennie, en collaboration avec nos collègues, Catherine Lee de l'Université d'Ottawa et Shirley Mills de l'Université Carleton, nous avons réalisé une étude nationale sur le conflit travail-famille au Canada, qui avait pour but « d'explorer comment l'évolution des relations entre la famille et le travail influe sur les organisations, les familles et les employeurs »[2]. Au total, 14 549 employés provenant de 37 moyennes et grandes entreprises privées, ainsi que 5 921 employés relevant de 7 ministères fédéraux, avaient participé à cette recherche.

Il s'est produit beaucoup de choses au cours des dix dernières années, depuis que nous avons réalisé notre première étude sur l'équilibre entre travail et vie personnelle. Des travaux de recherche universitaire en ont découlé. En outre, notre compréhension personnelle des interactions entre le travail et la vie personnelle s'est approfondie alors que nous avons entrepris de la recherche avec de nombreuses organisations, tant publiques que privées.

Sur la scène nationale, les années 1990 ont été mouvementées pour les travailleurs canadiens, qui ont vu se succéder dans les entreprises du pays des changements commandés par la réduction et le rajustement des effectifs, la restructuration et la mondialisation. La récession du début de cette décennie a été suivie d'une reprise économique dite « sans emplois » vers 1995, et la sécurité d'emploi est devenue la principale préoccupation de nombreux travailleurs canadiens et de leur famille. Les organisations, qui pouvaient compter sur une surabondance de personnel compétent, se souciaient souvent très peu d'adopter des pratiques exemplaires en matière de gestion des ressources humaines. Paradoxalement, au début du nouveau millénaire, on a constaté un revirement à cet égard chez les employeurs qui, se voyant aux prises avec un manque de main-d'œuvre imminent, sont devenus de plus en plus préoccupés par le recrutement et la conservation des « travailleurs du savoir »[3]. Ces mêmes employeurs ont reconnu que le « capital humain » était une composante clé de l'accroissement de la productivité de la main-d'œuvre au cours du nouveau millénaire.

Tout au long des années 1990, le changement technologique et la nécessité de maintenir la concurrence sur le plan mondial ont accru les pressions exercées tant sur les organisations que sur le personnel. Le temps d'emploi a augmenté pour plusieurs, tout comme le recours à des formes d'emploi non traditionnelles. Les exigences associées aux autres sphères de la vie ont aussi connu une hausse durant la décennie, car les structures familiales ont continué d'évoluer, et le pourcentage de travailleurs canadiens ayant à charge des enfants ou des aînés, ou les deux (la génération sandwich) a continué de croître.

Réunis, ces changements nous portent à croire que le moment est venu d'examiner de façon empirique la question du conflit entre le travail et la vie personnelle[4]. La recherche dont il est fait état dans ce rapport, de même que les autres de la série, vise à fournir aux dirigeants du monde des affaires et des syndicats, aux décideurs politiques et aux universitaires une image globale objective de ce qui s'est produit au Canada au cours de la dernière

1 Voir, par exemple, MacBride-King et Paris, 1989; Duxbury et coll., 1991; Higgins et coll., 1992; Duxbury et Higgins, 1998; Duxbury et coll., 1999, MacBride-King et Bachmann, 1999.

2 Duxbury et coll., 1991, p. 16.

3 Peter Drucker (1999) a créé le terme anglais « knowledge worker », qui a été traduit par travailleur du savoir, pour décrire les employés hautement scolarisés dont le travail est complexe, cyclique de nature et comporte le traitement et l'utilisation de l'information pour prendre des décisions.

4 Des années 1970 au début des années 1990, les chercheurs ont étudié le conflit entre le travail et la famille. À la fin des années 1990, le terme a été remplacé par conflit entre le travail et la vie personnelle, du fait que les responsabilités personnelles des travailleurs peuvent prendre diverses formes dont les activités bénévoles ou les études, ou encore le soin des enfants ou de personnes âgées.

décennie ainsi que de la situation actuelle. Elle permettra ainsi aux parties intéressées de distinguer la rhétorique de la réalité en ce qui a trait au conflit entre le travail et la vie personnelle.

L'étude a été réalisée afin de :

1. Quantifier les questions associées à l'équilibre entre le travail et la vie personnelle en 2001 et comparer la situation actuelle à celle d'il y a dix ans.

2. Quantifier les avantages (pour les employés, les employeurs, les familles et la société canadienne) de l'équilibre entre le travail et la vie personnelle[5].

3. Quantifier les coûts (pour les employés, les employeurs, les familles et la société canadienne) du déséquilibre entre le travail et la vie personnelle.

4. Quantifier, pour le système de santé canadien, les coûts du déséquilibre important entre le travail et la vie personnelle.

5. Aider les employés à réaliser une analyse de rentabilisation du changement en ce domaine au sein de leur organisation.

6. Déterminer les pratiques exemplaires liées aux questions de travail et de vie personnelle.

7. Aider les organisations à cerner ce dont elles ont besoin pour réduire le déséquilibre entre le travail et la vie personnelle chez leur personnel.

8. Aider les employés et leur famille à voir ce qu'ils peuvent faire pour réduire le déséquilibre entre le travail et leur vie personnelle.

9. Étudier de façon empirique comment la population, les entreprises privées et les organismes sans but lucratif (SBL) se distinguent en ce qui a trait aux enjeux liés au travail et au mode de vie mentionnés précédemment.

Autrement dit, notre étude examine les questions associées au conflit entre le travail et la vie personnelle, identifie les personnes à risque et explique pourquoi les parties prenantes (les gouvernements, les employeurs et les syndicats) devraient s'en préoccuper et fournir des pistes de solution. Cette étude devrait :

- permettre de mieux comprendre dans quelle mesure le conflit entre le travail et la vie personnelle affecte les employés et les employeurs du Canada,
- aider les organisations à constater pourquoi elles ont besoin de changer la façon dont elles gèrent leur personnel en liant le conflit entre le travail et la vie personnelle aux résultats obtenus par l'organisation,
- accroître les connaissances en ce domaine,
- proposer des stratégies appropriées aux différentes organisations pour aider leurs employés à concilier leurs multiples rôles et responsabilités.

## Cadre théorique

Il existe une vaste documentation sur la question du conflit entre le travail et la vie personnelle. La complète recension de celle-ci dépasse la portée de cette série de rapports et ne cadre pas avec notre principal objectif, qui consiste plutôt à transmettre de l'information pertinente et facile à comprendre sur le conflit entre le travail et la vie personnelle aux principaux intéressés (gouvernements, décideurs politiques, employés, employeurs et syndicats). Cela dit, les lecteurs intéressés aux fondements théoriques de cette recherche pourront consulter la figure 1. Le cadre théorique présenté englobe les deux concepts essentiels abordés dans la littérature ainsi que les principales découvertes que nous avons faites en dix ans de recherche en ce domaine. Cette étude a pour prémisse que la capacité des personnes à équilibrer le travail et la vie personnelle est en fonction des exigences au travail et hors du travail (soit le temps et les responsabilités liés à des rôles professionnels et personnels), de même que d'un certain nombre de grandes caractéristiques démographiques (le sexe, le type d'emploi, le statut socioéconomique, le lieu de résidence et le secteur d'emploi). En outre, nous posons comme hypothèse que la capacité d'un employé à concilier le travail et la vie personnelle sera associée à des résultats dans les domaines suivants :

- organisationnels (engagement, intention de roulement, absentéisme, satisfaction liée à l'emploi, stress lié à l'emploi, classement de l'organisation comme milieu de travail);
- familiaux (satisfaction à l'égard de la vie familiale, satisfaction à l'égard des compétences parentales,

5 Nous utilisons parfois le terme « équilibre entre travail et vie personnelle » dans ce rapport, pour exprimer le contraire du conflit entre le travail et la vie personnelle. Cela s'explique du fait que le concept de conflit et d'équilibre est souvent vu comme un continuum. Les travailleurs qui vivent peu de conflit entre le travail et leur vie personnelle et un bon équilibre entre les deux sont à un bout du continuum, tandis que ceux qui sont aux prises avec d'importants conflits entre le travail et leur vie personnelle et un manque d'équilibre entre les deux sont à l'autre extrémité.

adaptation de la famille, intégration de la famille, comportement parental positif);

- individuels (stress ressenti, humeur dépressive, santé physique perçue, épuisement, satisfaction de vivre);
- sociétaux (utilisation du système de santé).

Finalement, il est postulé que le lien existant entre le conflit entre le travail et la vie personnelle et les résultats sera modéré par des variables liées à la fois aux organisations où travaillent les employés (organisation du travail, souplesse perçue, milieu de travail, appui de la gestion, soutien et services offerts par l'organisation, capacité de refuser de faire des heures supplémentaires), et aux stratégies personnelles auxquelles recourent les employés et leur famille pour composer avec la situation (heures de travail différentes de celles du conjoint, grossesses tardives, familles plus petites, recours à diverses stratégies familiales et individuelles).

## Une série de rapports

Le présent rapport est le troisième d'une série de six. Cette série s'organise autour du cadre de recherche montré à la figure 1 et comprend les rapports suivants :

| | |
|---|---|
| **Rapport 1 :** | ***Enquête nationale sur le conflit entre le travail et la vie personnelle (2001)***, met la série en contexte en décrivant l'échantillon d'employés qui ont participé à la recherche et examine les divers facteurs de risque associés au conflit entre le travail et la vie personnelle. |
| **Rapport 2 :** | ***Le conflit entre le travail et la vie personnelle au Canada durant le nouveau millénaire : État de la question***, présente une analyse de rentabilisation du changement en examinant comment des niveaux élevés de surcharge de rôles, d'interférence du travail dans la famille (effet négatif du travail sur la vie familiale), l'interférence de la famille dans le travail (effet négatif de la famille sur la vie professionnelle), la pression sur le fournisseur de soins et l'empiétement du travail sur la famille affectent les employeurs, les employés et leur famille. |
| **Rapport 3 :** | ***Examen du conflit entre le travail et la vie personnelle et des contraintes qu'il exerce sur le système de santé canadien*** traite des contraintes que le conflit entre la vie professionnelle et la vie personnelle exerce sur le système de santé canadien (présentation quantitative des exigences que créent les conflits intenses entre le travail et la vie personnelle et estimation du coût, en dollars, que le Canada doit débourser pour traiter les troubles de santé qui en découlent). |
| **Rapport 4 :** | ***Qui sont les personnes à risque? Les variables prédictives d'un haut niveau de conflit entre le travail et la vie personnelle***, décrira les personnes à risque par rapport aux hauts niveaux de conflit entre le travail et la vie personnelle. |
| **Rapport 5 :** | ***Réduire le conflit entre le travail et la vie personnelle : Quoi faire? Quoi éviter?*** Étudiera ce que les employeurs, les employés et leur famille peuvent faire pour réduire le conflit entre le travail et la vie personnelle. |
| **Rapport 6 :** | ***Le conflit entre le travail et la vie personnelle au Canada durant le nouveau millénaire : Principales constatations et recommandations de l'Enquête de Santé Canada sur le conflit entre le travail et la vie personnelle (2001)***, présentera un résumé des principales conclusions et recommandations découlant de cette enquête. |

Nous souhaitons que la production de six rapports spécialisés plutôt que d'un énorme tome unique permettra aux lecteurs d'assimiler plus facilement les principales conclusions de cette initiative de recherche à la fois vaste et riche. Chaque rapport pourra être lu séparément et commencera par une introduction présentant les questions auxquelles le rapport tentera de répondre, un résumé des éléments de contexte pertinents et un aperçu de l'organisation du rapport. Suivra une brève description de la méthodologie de recherche employée. Les principaux termes seront définis et les données pertinentes présentées et analysées dans le corps du rapport. Si possible, des données nationales seront fournies de sorte que le lecteur puisse situer les conclusions du rapport dans leur contexte. Chaque rapport se terminera sur un chapitre consacré aux conclusions et aux recommandations, où seront résumés les principales découvertes, l'essentiel des implications en matière de politiques et les grandes recommandations.

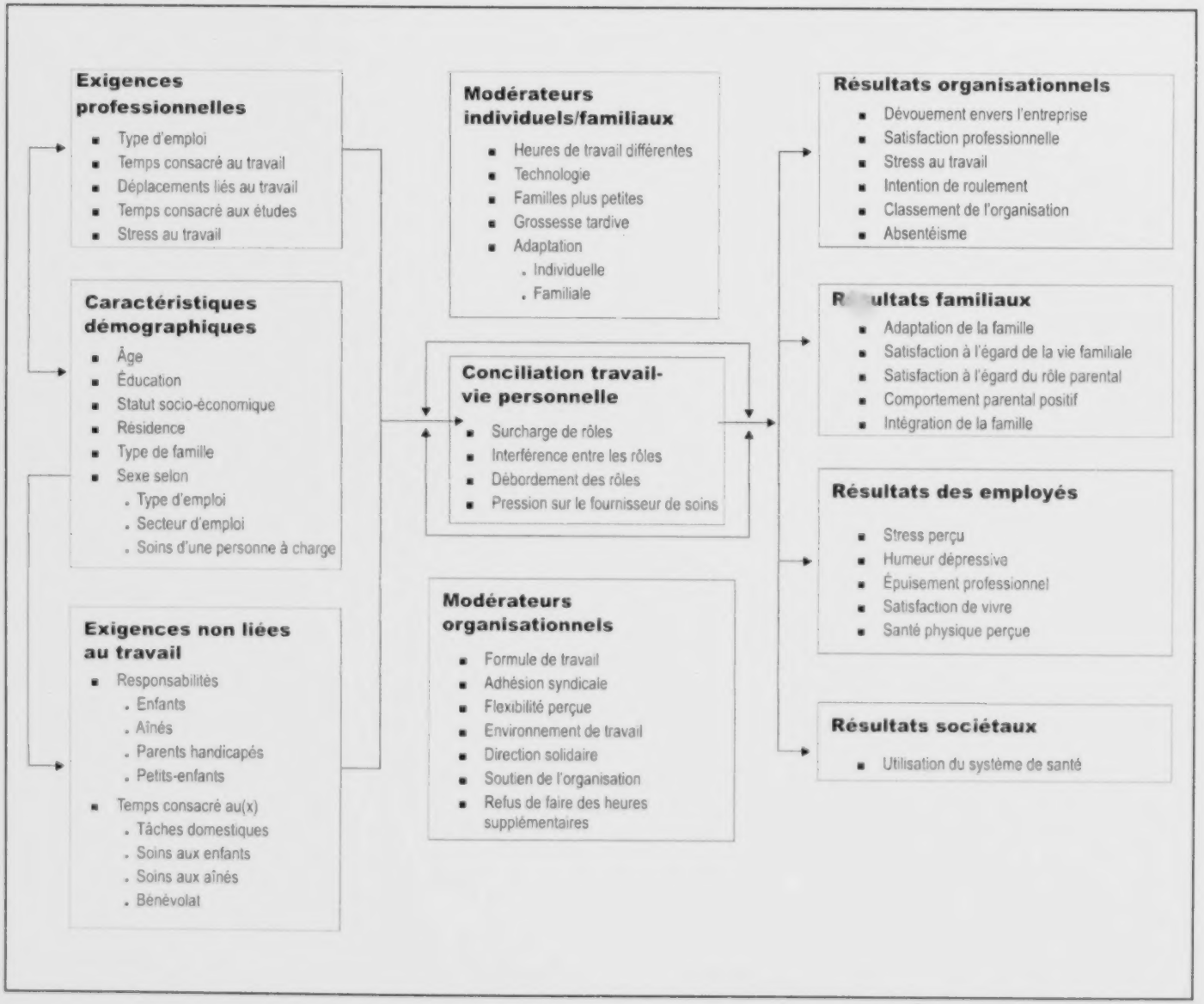



Figure 1 : Cadre théorique

## Organisation du Rapport 3

Le Rapport 3 se divise en huit chapitres.

Le Chapitre 1 comprend l'introduction où on définit les principaux termes et objectifs de recherche.

Le Chapitre 2 présente un aperçu historique du système de soins de santé canadien.

Des détails sur la méthodologie employée pour l'étude sont présentés au Chapitre 3, ainsi que de l'information sur l'échantillon, la mesure d'utilisation du système de soins de santé et de la santé perçue, l'analyse de données entreprise dans cette phase de recherche et le protocole de rapport suivi.

Au Chapitre 4, les auteurs examinent la perception qu'ont les Canadiens et les Canadiennes de leur santé. Ils y répondent aux questions suivantes : Quelle perception ont les travailleurs canadiens de leur santé? Quelle est l'incidence du sexe, du type d'emploi, du secteur d'emploi et du statut de responsable de personne à charge sur la perception qu'ils ont de leur santé? Quels éléments lient le conflit entre le travail et la vie personnelle et cette perception de la santé?

Au Chapitre 5, les auteurs étudient ce qui lie le conflit entre le travail et la vie personnelle et l'utilisation du système de soins de santé canadien. Ils commencent par présenter des données de référence sur la fréquence à laquelle, au cours des six mois précédents, les travailleurs canadiens ont fait appel à un médecin, à d'autres professionnels des soins de santé (p. ex., à un physiothérapeute) ou à des professionnels de la santé mentale, combien ont fait un séjour d'une nuit à l'hôpital (hospitalisation), se sont rendus à l'urgence ou sont allés à l'hôpital ou dans une clinique pour recevoir un traitement ou subir des tests (consultations externes). Ils présentent ensuite les données servant à répondre aux deux questions suivantes : Quels sont les effets des facteurs tels que le sexe, le type d'emploi, le statut de responsable de personne à charge et le secteur d'emploi sur l'usage des diverses composantes du système de soins de santé? Quels facteurs lient le conflit entre le travail et la vie personnelle à l'usage des diverses composantes du système de soins de santé?

Au Chapitre 6, les auteurs décrivent les coûts en soins de santé que l'on éviterait en aidant les travailleurs canadiens à équilibrer le travail et la vie personnelle. Ils se concentrent sur les trois types de frais suivants : les consultations chez le médecin, le recours à la salle d'urgence d'un hôpital et l'hospitalisation d'une nuit.

Au Chapitre 7, les auteurs examinent le lien entre l'utilisation des médicaments sur ordonnance et le conflit entre le travail et la vie personnelle. Ils présentent les données appuyant leur réponse aux questions suivantes : Combien les travailleurs canadiens dépensent-ils pour des médicaments sur ordonnance? Quels sont les effets de facteurs tels que le sexe, le type d'emploi, le statut de responsable de personne à charge et le secteur d'emploi sur le montant déboursé pour des médicaments sur ordonnance? Quels facteurs lient le conflit entre le travail et la vie personnelle et le montant déboursé pour des médicaments sur ordonnance?

Les conclusions, les effets sur les politiques et les recommandations figurent au Chapitre 8.

# Résumé


La santé des Canadiens est associée à un fardeau économique important. Le secteur des soins de santé est une industrie vaste, à fort coefficient de ressources, qui emploie plus de 1,5 million de Canadiens. Le Canada dépense plus en soins de santé, par rapport à l'importance de son économie (une somme estimée à 122 milliards de dollars en 2002 : une moyenne de 3 572 $ par habitant), que tous les autres pays du monde, à l'exception des États-Unis, de la France et de l'Allemagne. En 2000, les dépenses en soins de santé au Canada comptaient pour 32 % de l'ensemble des dépenses gouvernementales (y compris les frais de la dette publique).

Les augmentations annuelles du coût des soins de santé sont la norme au Canada. Entre 1997 et 2002, les dépenses en santé au pays ont augmenté de presque 34 milliards de dollars (une augmentation sans précédent). Il s'agit actuellement d'un sommet historique, même en tenant compte de l'inflation et de la croissance de la population. Dans l'ensemble, les dépenses gouvernementales en soins de santé ont subi une hausse importante au cours des dernières années, même si le nombre des services offerts a diminué.

C'est le coût des médicaments qui est la partie des dépenses en soins de santé qui augmente le plus rapidement et il a crû à un rythme de plus de 11 % au cours des cinq dernières années. En 1993, le coût des médicaments avec et sans ordonnance était estimé à 9,884 milliards de dollars et comptait pour 6,3 % du fardeau économique total des maladies au Canada (Statistique Canada, 1999). En 2001, ce chiffre était passé à 15,5 milliards de dollars.

Au Canada, de nombreux groupes se partagent les coûts des soins de santé. En 2001, environ les trois quarts (73 %) du total des dépenses (c.-à-d. environ 2 400 $ par personne) étaient défrayées par des sources du secteur public (c.-à-d. les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi que les administrations municipales). Le reste provenait du secteur privé (p. ex., assurance) et des particuliers (p. ex., dépenses remboursables). Par suite des compressions gouvernementales et du resserrement budgétaire fédéral, le secteur privé doit couvrir une plus grande partie de ces coûts par des programmes d'avantages sociaux. L'une des principales conséquences de cet ensemble de stratégies s'est avérée l'augmentation des dépenses du secteur privé en soins de santé de 25,5 % de tout le budget des soins de santé, en 1991, à 29,8 % des dépenses en 1997. Chaque citoyen canadien paie pour les soins de santé, directement (p. ex., par des primes d'assurance santé et des dépenses remboursables en soins de santé) et indirectement (c.-à-d. par les impôts qu'ils paient).

Le principal objectif du présent rapport est de sensibiliser davantage, tant sur le plan de la politique gouvernementale qu'au niveau organisationnel, au fait que les pressions exercées sur le système de soins de santé canadien pourraient être réduites en accordant priorité aux questions de santé en milieu de travail. Plus particulièrement, on a eu recours dans ce rapport à des données objectives pour établir un lien entre le conflit entre le travail et la vie personnelle, l'état de santé et l'utilisation du système de soins de santé canadien. Nous espérons que les données qu'il contient motiveront les fournisseurs de soins de santé et les établissements, gouvernements et employeurs à travailler ensemble pour régler les questions de santé en milieu de travail et de conflit entre le travail et la vie personnelle des Canadiens. Une telle priorité, à notre avis, permettra d'atténuer le fardeau du système de santé canadien.

Le présent rapport comprend des données recueillies pour une partie de l'étude de 2001 intitulée « Équilibre entre le travail, la famille et le style de vie : une étude nationale » afin de répondre aux questions suivantes :

1. Quel est l'état de santé des travailleurs canadiens?

2. Quel usage font les travailleurs canadiens du système de soins de santé?

3. Combien dépensent les travailleurs canadiens en médicaments sur ordonnance?

4. Quelles répercussions ont le sexe, le type d'emploi, le secteur d'emploi et le statut de responsable de personne à charge sur la perception de la santé? Sur l'utilisation du système de soins de santé canadien? Sur le montant que les employés dépensent en médicaments sur ordonnance?

5. Quelles répercussions a le conflit entre le travail et la vie personnelle (en tenant compte de la surcharge de rôles, de l'interférence du travail dans la vie familiale ou de la vie familiale dans le travail, et la pression sur le fournisseur de soins) sur la perception de la

santé? Sur l'utilisation du système de soins de santé canadien? Sur le montant que les employés dépensent en médicaments sur ordonnance?

6. Quel effet un degré élevé de conflit entre le travail et la vie personnelle a sur le coût des soins de santé au Canada?

Les principaux résultats sont résumés ci-dessous.

## Profil démographique des répondants

L'étude est fondée sur un échantillon de 31 571 employés canadiens qui travaillent dans des organisations moyennes et grandes (c.-à-d. 500 employés et plus ) de trois secteurs différents : le secteur public (gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux, administrations municipales), le secteur privé et le secteur sans but lucratif (dans cette étude, cela comprend les secteurs de la santé et de l'éducation). Au total, 100 entreprises ont participé à l'étude : 40 du secteur privé, 22 du secteur public et 38 sont des organismes sans but lucratif. La répartition de l'échantillon s'est faite de la façon suivante :

- un peu moins de la moitié (46 %) des répondants travaillent dans le secteur public, 33 % travaillent dans le secteur SBL, et 21 % sont employés dans une entreprise privée;
- un peu plus de la moitié des répondants sont des femmes (55 %);
- un peu moins de la moitié (46 %) des répondants occupent des postes de gestion et professionnels tandis que 54 % occupent des postes « autres » (c.-à-d. travail de bureau ou administratif, vente au détail, production, technique);
- tout juste un peu plus de la moitié des personnes composant l'échantillon (56 %) ont des responsabilités de garde de personnes à charge (c.-à-d. qu'elles consacrent une heure ou plus par semaine à prodiguer des soins aux enfants ou aux aînés, ou aux deux).

L'échantillon du sondage de 2001 est bien équilibré en ce qui a trait à l'âge, à la région, à la taille de la collectivité, au type d'emploi, à la scolarité et à la formation, au revenu personnel, au revenu du ménage et à la situation financière de la famille. L'âge moyen des répondants est de 42,8 ans. Environ la moitié des répondants au sondage sont considérés comme des travailleurs du savoir masculins et féminins ayant fait des études avancées (p. ex., postes de gestion ou professionnels). Une personne sur trois occupe un poste administratif ou de bureau et une sur cinq occupe un poste technique ou dans la production. La majorité des répondants sont mariés ou vivent avec un conjoint (75 %) et composent des familles à double revenu (69 %). Onze pour cent élèvent seuls leurs enfants et 12 % des sujets de l'échantillon habitent une région rurale. Le quart des répondants disent que leur budget est serré; 29 % gagnent moins de 40 000 $ par an. Parmi les répondantes et répondants, une personne sur trois est diplômée du secondaire ou n'a pas terminé un cours secondaire.

La majorité des répondants ont indiqué avoir des responsabilités autres que professionnelles. Environ 70 % sont des parents (moyenne de 2,1 enfants par parent); 60 % ont la responsabilité de soins aux aînés (moyenne de 2,3 personnes à charge); 13 % ont la responsabilité d'un parent handicapé; 13 % ont la double responsabilité de soins aux enfants et aux aînés (font partie de la « génération sandwich »). Le fait que les caractéristiques démographiques de l'échantillon correspondent étroitement aux données nationales fournies par Statistique Canada suggère que les résultats de cette étude peuvent être généralisés au-delà de cette recherche.

## Profil d'échantillon : Niveaux de conflit entre le travail et la vie personnelle

La surcharge de rôles, c'est avoir trop de choses à faire en une période donnée. Cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle survient quand les exigences totales en matière de temps et d'énergie associées aux activités à entreprendre sont trop importantes pour remplir ses obligations adéquatement ou sans inquiétude. La majorité des employés de notre échantillon (58 %) est aux prises avec des niveaux élevés de surcharge de rôles. Trente pour cent rapportent des niveaux modérés de surcharge de rôles. Seulement 12 % des répondants de cet échantillon mentionnent des niveaux faibles de surcharge de rôles. Notre recherche révèle que la proportion de la population active aux prises avec des niveaux élevés de surcharge de rôles a augmenté de façon significative au fil du temps (c.-à-d. d'environ 11 %).

L'interférence du travail dans la famille survient quand les exigences et responsabilités professionnelles rendent difficile l'exécution des responsabilités familiales. Un Canadien sur quatre de l'échantillon indique que ses responsabilités professionnelles entravent sa capacité à remplir ses responsabilités familiales. Près de 40 % des répondants rapportent des niveaux modérés d'interférence. La proportion de l'effectif canadien qui est aux prises avec des niveaux élevés d'interférence du travail dans la famille n'a pas changé au cours de la dernière décennie.

L'interférence de la famille dans le travail se produit quand les exigences et responsabilités familiales rendent difficile l'exécution des responsabilités professionnelles. Seulement 10 % des Canadiens de l'échantillon rapportent des niveaux élevés d'interférence de la famille dans le travail, tandis qu'un tiers signalent des niveaux modérés d'interférence de ce genre. Nos données montrent que le pourcentage de travailleurs canadiens qui donnent la priorité à leur famille plutôt qu'à leur travail a doublé ces dix dernières années.

Environ une personne sur quatre subit des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins : être responsable d'un aîné ou d'une personne à charge ayant une déficience peut entraîner un stress physique, financier ou mental. Tandis que la majorité des répondants de cette étude (74 %) fait rarement face à cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle, 26 % signalent des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins.

Qui, dans cet échantillon, a le plus de mal à concilier le travail et la vie personnelle? La preuve est évidente : les travailleurs canadiens qui ont la garde de personnes à charge. Les employés qui ont la garde d'enfants ou d'aînés signalent des niveaux plus élevés de surcharge de rôles, d'interférence du travail dans la famille, d'interférence de la famille dans le travail et de pression sur le fournisseur de soins que leurs homologues sans personne à charge. Le fait que le parent travailleur et responsable d'un aîné a davantage de difficultés à concilier le travail et la vie familiale concorde avec la recherche effectuée dans ce secteur et peut être attribué à deux facteurs : des demandes non professionnelles plus nombreuses et des niveaux plus faibles de contrôle de l'emploi du temps.

Le type d'emploi est associé à toutes les mesures du conflit entre le travail et la vie personnelle sauf une. D'un côté, les employés qui font face à plus d'exigences au travail (c.-à-d. les gestionnaires et les professionnels) sont plus susceptibles que les employés qui occupent des postes « autres » de connaître des niveaux élevés de surcharge de rôles et d'interférence du travail dans la famille. Ceux qui occupent des postes « autres » sont toutefois plus susceptibles de mentionner des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins en raison du stress financier associé aux soins aux aînés.

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de signaler des niveaux élevés de surcharge de rôles et de pression sur le fournisseur de soins, ce qui concorde avec le fait que les femmes consacrent plus d'heures par semaine que les hommes à des activités non liées au travail, comme les soins aux enfants et aux aînés, et sont plus susceptibles d'assumer des responsabilités principales concernant les tâches non liées au travail.

### Quel est l'état de santé des travailleurs canadiens?

Comment les travailleurs canadiens voient-ils leur santé physique? Bien qu'un peu moins de la moitié des répondants à ce sondage (48,4 %) croient que leur état de santé est très bon ou excellent, presque un sur cinq (16,7 %) considère son état de santé comme moyen ou mauvais. Il s'agit d'une proportion nettement inférieure de répondants considérant leur état de santé comme très bon ou excellent (et, cela va de soi, d'une proportion plus élevée de personnes déclarant que leur état de santé est de moyen à mauvais) que celle révélée par Statistique Canada (1999) pour les Canadiens âgés de 12 ans et plus. Quoiqu'une partie de cette différence puisse s'expliquer par les différences d'âge dans les deux échantillons (on peut s'attendre à ce que les jeunes canadiens jouissent d'un meilleur état de santé que les plus vieux), il est également probable que les conditions de travail et le stress associé au travail soient dévastateurs pour l'état de santé des travailleurs canadiens.

### Quel usage font les travailleurs canadiens du système de soins de santé canadien?

Les employés canadiens ont souvent recours aux soins de santé de leur médecin ou d'un autre professionnel de la santé. Les résultats qui suivent se rapportent aux six mois qui ont précédé cette étude :

- Un peu plus de la moitié (54 %) des répondants ont obtenu des soins de leur médecin pour autre chose qu'un examen de routine ou un suivi de maternité. Ces travailleurs ont rendu visite à leur médecin en moyenne 5,8 fois par année.
- Une personne sur trois (29,3 %) s'est rendue à l'hôpital ou à une clinique dans le cadre d'une consultation externe ou d'un traitement de jour pour des procédures ou des examens médicaux. Ces travailleurs ont en moyenne effectué 3,8 consultations externes par année.
- Un répondant sur trois (31,8 %) a obtenu des soins médicaux d'un professionnel de la santé autre qu'un médecin. Ces travailleurs ont effectué en moyenne dix consultations par année auprès d'un professionnel de la santé autre qu'un médecin.
- Un peu plus d'un répondant sur dix (13,1 %) a obtenu des soins médicaux aux services d'urgence d'un hôpital pour un problème de santé personnel. Ces employés ont en moyenne effectué 3,2 visites par année dans un service d'urgence.
- Un peu plus d'un répondant sur dix (10,6 %) a obtenu l'aide d'un professionnel en santé mentale.

Ces personnes ont effectué en moyenne 8,2 visites par année chez un professionnel de santé mentale.

- Presque 6 % des répondants ont eu besoin d'être hospitalisés (c.-à-d. qu'ils ont passé la nuit à l'hôpital). Ces employés ont été hospitalisés pour en moyenne 4,6 nuits par année.

Ces données nous permettent également d'estimer l'utilisation moyenne que les Canadiens employés dans de grandes organisations font des différentes facettes du système de soins de santé canadien. Ces employés font environ :

- 3,2 visites par année chez un médecin;
- 3,0 visites par année chez un autre professionnel de soins de santé (p. ex., physiothérapeute, chiropraticien);
- 1,0 consultation externe par année dans un hôpital ou une clinique pour des procédures ou des examens médicaux;
- 0,9 visite par année chez un professionnel en santé mentale;
- 0,4 visite par année à l'urgence d'un hôpital;
- 0,3 séjour de plus de 24 heures dans un hôpital par année.

### Combien dépensent les travailleurs canadiens en médicaments sur ordonnance?

Le Canadien typique qui travaille pour un grand employeur du pays dépense environ 164 $ par année pour des médicaments sur ordonnance à usage personnel. Bien que 44 % des employés n'achètent aucun médicament sur ordonnance, un sur cinq (19 %) dépense plus de 300 $ par année en médicaments sur ordonnance pour son propre usage personnel[6]. Quatre-vingt pour cent des répondants déclarent que leur employeur paie 100 % de leurs dépenses en médicaments. Pratiquement tous les autres employés indiquent qu'ils partagent le coût de leurs médicaments sur ordonnance avec leur employeur. Le niveau élevé de correspondance entre les données sur les dépenses relatives aux médicaments sur ordonnance et la perception de la santé (le répondant sur cinq qui dépense 300 $ ou plus par année en médicaments sur ordonnance considère aussi son état de santé comme moyen ou mauvais) accroît notre confiance dans ces résultats.

### Répercussions des principales variables contextuelles

L'enquête a abouti à une importante collecte de données qui permettra d'étudier les variables de perception de la santé et l'utilisation du système de soins de santé canadien par les employés canadiens. L'une des forces de la présente recherche, c'est que la capacité de ce vaste ensemble de données nous permet d'examiner comment des facteurs clés tels que le sexe des employés, le type d'emploi, le secteur d'emploi et la garde des personnes à charge peuvent influer sur la perception de la santé, les dépenses en médicaments sur ordonnance et l'utilisation des différentes facettes du système de soins de santé. Les principales différences sont décrites ci-après.

### Incidence du sexe des répondants

Quelles répercussions le sexe a-t-il sur la perception de la santé et sur l'utilisation du système de soins de santé? D'abord, et c'est sans doute le plus important, quand le type d'emploi et le statut de responsable de personne à charge sont pris en compte, il n'y a aucune différence dans la perception de la santé qui puisse être associée au sexe des répondants. Cette conclusion est très importante, car elle va à l'encontre d'une grande partie des résultats déjà publiés (p. ex., les femmes déclarent un état de santé plus mauvais, quoique seulement lorsqu'elles sont jeunes). Cela suggère que ce sont les circonstances de la vie (p. ex., être reléguée à des échelons inférieurs dans les organisations, à des niveaux de contrôle perçus comme étant moins élevés) plutôt que le sexe en soi qui sont afférentes aux niveaux moins élevés de perception de la santé souvent déclarés par les femmes. En d'autres mots, c'est le milieu de travail et les exigences du travail et de la maison qui contribuent aux différences selon le sexe en matière de santé, et non des caractéristiques inhérentes aux femmes qui les rendent plus vulnérables aux maladies et au stress.

Malgré le fait qu'il n'y a aucune différence selon le sexe dans la perception de la santé, les femmes de l'échantillon font une utilisation substantiellement plus grande du système de soins de santé du Canada que les hommes. Les données à cet égard sont sans équivoque. Les consultations d'un médecin, d'un autre professionnel de la santé ou d'un professionnel de la santé mentale, de même que les traitements en consultation externe et les dépenses en médicaments sur ordonnances, sont tous fortement associés au sexe; les femmes font un plus grand usage de cette facette du système de soins de santé et dépensent davantage pour des médicaments sur ordonnance que les hommes, même quand le type d'emploi, les responsabilités de garde de personnes à charge et le secteur d'emploi sont pris en compte. Comment peut-on concilier ces deux faits (c.-à-d. que les femmes font un plus grand usage du système de soins de santé bien qu'il n'y ait aucune différence substantielle

6 Les autres répondants (37 % de l'échantillon) dépensent entre 1 $ et 300 $ par année en médicaments.

relative à la perception de la santé)? Il y a trois explications possibles :

- Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de consulter quand elles ne se sentent pas bien (p. ex., les femmes font un usage approprié des services des médecins et les hommes ne cherchent pas à se faire soigner lorsqu'ils sont malades).
- Les femmes sont plus susceptibles de consulter leur médecin pour des problèmes non physiques (p. ex., counselling).
- Les femmes sont plus susceptibles de consulter pour des questions de santé « féminine » comme la ménopause, les règles et le dépistage du cancer du sein, tandis que les hommes sont moins susceptibles de le faire pour des questions de santé « masculine ».

Une étude supplémentaire est nécessaire pour déterminer les causes de ces résultats.

### Incidence du type d'emploi

Quelle est l'incidence du type d'emploi sur la perception de la santé et l'utilisation du système de soins de santé? Même si les conclusions tirées à l'égard du rapport entre le type d'emploi et la santé dépendent beaucoup de la mesure utilisée, la plupart des conclusions de la présente étude appuient l'idée que l'état de santé des gestionnaires et des professionnels est meilleur que celui de leurs homologues qui occupent des postes non professionnels.

Les répondants qui occupent des postes professionnels ou de gestion, peu importe leur sexe, sont plus susceptibles que leurs homologues qui occupent d'« autres » postes non professionnels de qualifier leur état de santé de très bon ou d'excellent. Les répondants qui occupent des postes « autres » sont plus susceptibles de décrire leur santé comme étant mauvaise ou moyenne. Ces résultats sont conformes à la recherche dans le secteur qui associe un statut socioéconomique inférieur à une moins bonne santé physique.

Curieusement, compte tenu des résultats liés à la perception de la santé susmentionnés, l'usage du système de soins de santé n'est pas fortement associé au type d'emploi. Quand on tient compte du sexe, le type d'emploi n'est pas associé au nombre de consultations chez un autre professionnel des soins de santé, de visites chez un professionnel de la santé mentale, de consultations externes dans un hôpital ou à la probabilité d'obtenir des soins ambulatoires. Les résultats sont encore plus probants pour l'échantillon masculin où il n'y a aucune différence liée à l'emploi relative aux consultations d'un médecin ou au montant dépensé en médicaments sur ordonnance.

L'examen des données sur l'usage des services d'urgence nous aide à rapprocher ces deux ensembles de données. Le type d'emploi est fortement associé à l'usage des services d'urgence au Canada, et les personnes qui occupent des postes « autres » sont plus susceptibles que leurs homologues qui occupent des postes de gestion et de professionnels de se rendre à l'urgence. Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les employés qui occupent des postes « autres » sont plus susceptibles d'utiliser cette forme de soins de santé. D'abord, il se peut que les employés qui font partie de ce groupe soient moins susceptibles d'avoir un médecin de famille et plus susceptibles de se fier aux médecins des salles d'urgence pour des problèmes médicaux et des urgences. Cette explication des données semble se rapporter aux hommes en particulier qui occupent des postes « autres » (c.-à-d. qu'ils sont plus susceptibles que leurs homologues masculins qui occupent des postes professionnels ou de gestion de dire que leur état de santé est moyen/mauvais, mais pas plus susceptibles d'avoir consulté un médecin). Ensuite, il se peut que les employés qui occupent des postes « autres » trouvent plus difficile de s'absenter du travail pour consulter un médecin et doivent se rendre dans un service d'urgence pour obtenir des soins en dehors des heures normales de travail. Enfin, le fait que les femmes qui occupent des postes « autres » soient plus susceptibles que tout autre groupe d'employés de cet échantillon de qualifier leur état de santé de moyen/mauvais, d'avoir consulté un médecin et d'autres professionnels de la santé révèle que, dans ce cas, le nombre élevé de consultations dans un service d'urgence témoigne du mauvais état de santé de ce groupe de femmes.

En conclusion, il importe de noter que, quand on tient compte du sexe, il n'existe aucune association entre le type d'emploi et les consultations chez un professionnel de la santé mentale. Cette conclusion est importante étant donné que de nombreuses autres études ont fait état du stress associé à l'occupation d'un poste d'employé de bureau ou d'administration au sein d'une organisation (c.-à-d. des emplois à faible contrôle). Les données de la présente étude révèlent que la disparition des différences de niveaux de stress liées au type d'emploi peut être attribuée au fait que le stress et les exigences associés à un poste de gestionnaire ou de professionnel ont augmenté avec le temps, alors que le contrôle que les personnes qui occupent ce type d'emploi exercent a diminué. Il n'existe aucune preuve de l'effet inverse, à savoir que le stress associé au travail de col bleu et de col rose ait diminué avec le temps.

### Incidence du sexe et du type d'emploi

Bien que le type d'emploi soit associé à des consultations chez le médecin et à l'usage de médicaments sur ordonnance pour les femmes de l'échantillon (les femmes qui occupent un poste « autre » sont davantage susceptibles de consulter un médecin et de dépenser plus pour des médicaments sur ordonnance que les femmes qui occupent des postes professionnels et de gestion), une telle différence n'a pas été remarquée pour les hommes de l'échantillon. Ces résultats peuvent s'expliquer de plusieurs façons. D'abord, il se peut que les postes de gestion et de professionnel offrent aux femmes un avantage sur le plan de la santé. D'un autre côté, il se peut que les emplois de bureau et d'administration (p. ex., emplois de col rose) aient des effets plus nuisibles sur la santé des femmes que les emplois de col bleu sur la santé des hommes. Enfin, il est également possible que les femmes qui occupent des emplois de bureau et d'administration qui consultent le plus souvent un médecin aient des problèmes de santé de longue date réduisant leur capacité de gravir les échelons dans l'organisation. Une étude supplémentaire est nécessaire pour déterminer les causes de ces résultats.

### Incidence de la garde des personnes à charge

Avoir la responsabilité de garde de personnes à charge (c.-à-d. garde des enfants à la maison ou soins aux aînés) est associé de façon négative à la perception de la santé chez les hommes et les femmes. Les employés qui n'assument pas de responsabilités de garde de personnes à charge, quel que soit leur sexe, sont plus susceptibles de se dire en très bonne ou en excellente santé, et ceux qui ont des enfants ou la responsabilité de soins aux aînés sont davantage susceptibles de se dire en bonne ou en mauvaise/moyenne santé. Ces données révèlent que la combinaison travail et responsabilités familiales fait des ravages sur la santé des hommes et des femmes employés. Qui plus est, le fait que les responsabilités de garde de personnes à charge semblent avoir des répercussions sur la santé tant des femmes que des hommes montre que c'est la difficulté de concilier le travail et la garde des enfants ou le soin des aînés qui a des répercussions sur la santé, et non le fait d'être une mère au travail ou un soignant.

Quelle est l'incidence de la garde des personnes à charge sur l'utilisation du système de soins de santé par les employés? Étonnamment, quand on tient compte du sexe, le statut de responsable de personne à charge n'a aucun lien avec le recours aux services d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé, les séjours à l'hôpital, les consultations externes dans un hôpital et les visites à l'urgence. Il est toutefois associé aux consultations d'un professionnel de la santé mentale. Quand on tient compte du sexe, les employés qui ont la garde de personnes à charge sont plus susceptibles que leurs homologues n'ayant pas de telles responsabilités de solliciter les services d'un professionnel de la santé mentale. Ils consultent également plus souvent ces professionnels. Ces données sont très intéressantes en ce qu'elles indiquent que combiner le travail et les responsabilités de soignant a une incidence négative sur la santé mentale (plutôt que physique) des employés. Cette interprétation des données est conforme au fait que, dans cet échantillon, les employés qui ont la garde de personnes à charge rapportent des niveaux plus élevés de stress, d'épuisement et d'humeur dépressive que leurs homologues n'ayant pas la garde de personnes à charge.

Si l'on examine ces résultats dans l'optique des deux modèles de santé en milieu de travail les plus courants (le modèle « Job Strain » de Karesek et Theorell [1990] et le modèle « High Effort/Low Reward » de Siegrist [1996]), il semble approprié d'apposer au travail de parent/soignant d'aînés l'étiquette d'« occupation à exigence élevée/faible contrôle » et « à effort élevé/récompense faible ». Cette classification permettrait aux chercheurs d'appliquer la vaste documentation de recherche dans ces secteurs au champ de conflit entre le travail et la vie personnelle.

### Incidence du secteur d'emploi

Le secteur d'emploi est associé d'une manière systématique à toutes les mesures de perception de la santé et d'utilisation du système de soins de santé comprises dans l'étude sauf deux. Quand on tient compte du sexe (c.-à-d. qu'on compare les hommes avec les hommes, les femmes avec les femmes), on peut voir que les employés du secteur public sont davantage susceptibles d'avoir consulté un médecin que leurs homologues des secteurs privé et SBL. Le nombre de visites par année est également plus élevé pour ce groupe que pour les employés d'autres secteurs. Cette constatation correspond au fait qu'au sein de ce groupe, les employés sont plus susceptibles de qualifier leur état de santé de mauvais. Les relations observées relativement à la consultation d'autres professionnels de la santé, aux consultations d'un professionnel de la santé mentale, aux soins ambulatoires et aux dépenses de médicaments sur ordonnance sont également très pertinentes. Dans tous les cas, les hommes qui travaillent dans le secteur privé ont beaucoup moins recours au système de soins de santé que ceux des autres groupes de l'échantillon, et les femmes qui travaillent dans le secteur public y ont recours considérablement davantage. Quoique certaines des différences sectorielles en santé peuvent être attribuées à l'âge (secteur privé plus jeune), aux politiques du secteur (les employés du secteur public jouissent de prestations de

soins de santé plus généreuses) ou au statut socio-économique (les employés du secteur SBL sont très instruits et bien payés), le problème est probablement beaucoup plus complexe. Il faut approfondir la recherche dans ce domaine afin de déterminer les causes de ces différences sectorielles.

### Le lien entre la surcharge de rôles et la santé[7]

Quelles répercussions une surcharge de rôles élevée a-t-elle sur la santé des employés canadiens et sur le fardeau mis sur le système de soins de santé du Canada? Les conclusions tirées de ces données sont sans équivoque : la santé physique et mentale des employés qui font face à des niveaux élevés de surcharge de rôles est plus mauvaise et ces derniers ont davantage recours au système de soins de santé du Canada que les employés dont le niveau de surcharge de rôles est plus bas. Comparativement à leurs homologues qui connaissent des niveaux faibles de surcharge de rôles, les employés qui font face à une surcharge de rôles élevée sont :

- 2,9 fois plus susceptibles de préciser que leur état de santé est moyen ou mauvais;
- 2,6 fois plus susceptibles d'avoir fait appel aux services d'un professionnel de la santé mentale;
- 2,4 fois plus susceptibles d'avoir reçu des soins en consultation externe;
- 1,9 fois plus susceptibles d'avoir dépensé plus de 300 $ par année en médicaments sur ordonnance pour leur usage personnel;
- 1,8 fois plus susceptibles d'avoir consulté un médecin six fois ou plus par année;
- 1,6 fois plus susceptibles d'avoir consulté un autre professionnel de la santé huit fois ou plus par année;
- 1,5 fois plus susceptibles d'avoir été hospitalisés;
- 1,4 fois plus susceptibles d'avoir eu à se rendre à l'urgence d'un hôpital.

Que signifient ces données en ce qui a trait au système de soins de santé? Un conflit plus important entre le travail et la vie personnelle est associé aux coûts des soins de santé. Par exemple, nous avons calculé les coûts directs de plusieurs composantes :

- les consultations d'un médecin en raison d'une surcharge de rôles élevée représentent environ 1,8 milliard de dollars par année;
- les hospitalisations attribuables à une surcharge de rôles élevée représentent environ 3,8 milliards de dollars par année;
- les consultations au service d'urgence d'un hôpital attribuables à une surcharge de rôles élevée représentent environ un quart de milliard de dollars par année.

Ces données indiquent aussi que les employeurs qui surchargent leurs employés (c.-à-d. qui exigent beaucoup d'heures supplémentaires non payées) paieront le prix en voyant une augmentation de leurs dépenses liées aux avantages sociaux. Les entreprises qui s'efforcent de réduire la surcharge de rôles devraient en tirer un certain nombre d'avantages en termes de résultats financiers, notamment par un absentéisme réduit (voir Duxbury et Higgins [2003]) et par des coûts moins élevés liés aux avantages sociaux.

### Le lien entre l'interférence du travail dans la famille et la santé

Quelles implications l'interférence élevée du travail dans la famille a-t-elle sur la santé des employés du Canada et les fardeaux imposés au système de soins de santé canadien? L'analyse présentée dans ce rapport nous amène à conclure que les employés qui connaissent des niveaux élevés d'interférence du travail dans la famille ont une santé physique et mentale plus mauvaise et font un usage plus fréquent du système de soins de santé canadien que ceux dont le niveau d'interférence du travail dans la famille est moins élevé. Comparativement à ces derniers, les employés qui connaissent des niveaux élevés d'interférence sont :

- 2,4 fois plus susceptibles de préciser que leur état de santé est moyen ou mauvais;
- 1,7 fois plus susceptibles d'avoir fait appel aux services d'un professionnel de la santé mentale;
- 1,7 fois plus susceptibles d'avoir reçu des soins en consultation externe;
- 1,6 fois plus susceptibles d'avoir consulté un médecin six fois ou plus par année;
- 1,5 fois plus susceptibles d'avoir eu à se rendre à l'urgence d'un hôpital;
- 1,4 fois plus susceptibles d'avoir été hospitalisés;
- 1,3 fois plus susceptibles d'avoir dépensé plus de 300 $ dans la dernière année en médicaments sur ordonnance pour leur usage personnel.

7 Vous trouverez à l'annexe E une évaluation des hypothèses avancées lors du calcul des coûts associés aux niveaux élevés de conflit entre le travail et la vie personnelle.

Il n'est pas étonnant, compte tenu de ces données, que des niveaux élevés de cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle soient aussi associés à une augmentation du coût des soins de santé. Par exemple, nous avons calculé que les coûts directs des niveaux élevés d'interférence du travail dans la famille sont d'environ 2,8 milliards de dollars par année (les deux tiers d'un milliard de dollars par année en visites chez le médecin, 2 milliards de dollars par année en hospitalisations et un peu plus de 100 millions de dollars par année en visites à l'urgence d'un hôpital).

### Le lien entre l'interférence de la famille dans le travail et la santé

Cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle n'est pas aussi fortement associée à la perception de la santé et à l'usage du système de soins de santé que les autres formes de conflit entre le travail et la vie personnelle examinées dans cette étude. Si l'interférence de la famille dans le travail est associée de façon négative à la perception de la santé (les employés qui connaissent un niveau élevé d'interférence de la famille dans le travail sont presque deux fois plus susceptibles de dire que leur état de santé est moyen ou mauvais que les employés dont le niveau d'interférence de la famille dans le travail est faible) et de façon positive à l'usage du système de soins de santé du Canada ainsi qu'à l'usage de médicaments sur ordonnance, l'importance de ces liens est (à une exception près) moins grande que ce qui a été observé dans le cas des trois autres formes de conflit entre le travail et la vie personnelle. La mesure dans laquelle cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle fait augmenter les coûts et les exigences liés à la santé est aussi moins importante qu'elle ne l'est dans le cas de la surcharge de rôles et de la pression sur le fournisseur de soins. Ces données laissent croire que la société canadienne en tirera des bénéfices (bien que ce ne soit peut-être pas le cas des employeurs) si davantage de Canadiens accordent une plus grande place à la famille qu'au travail.

Cela dit, les données révèlent qu'accorder une priorité plus grande à la famille qu'au travail peut avoir des conséquences sur la santé, soit une santé mentale plus fragile. Les employés qui connaissent un niveau élevé d'interférence de la famille dans le travail sont presque deux fois plus susceptibles de consulter un professionnel de la santé mentale que leurs homologues qui connaissent un niveau moins élevé d'interférence. La cause de l'incidence accrue des problèmes de santé mentale au sein de ce groupe (p. ex., augmentation du stress et dépression) est difficile à déterminer à partir des données transversales recueillies pour cette analyse. Les recherches futures devront viser à déterminer la direction de causalité relative à ces résultats (c.-à-d. est-ce le fait d'accorder priorité à la famille qui entraîne une augmentation du stress, ou est-ce le fait qu'une personne dont la santé mentale est moins bonne accorde une importance accrue à sa famille).

### Le lien entre la pression sur le fournisseur de soins et la santé

Cette forme de pression semble être davantage liée aux problèmes de santé physique et moins fortement liée aux problèmes de santé mentale que les trois autres formes de conflit entre le travail et la vie personnelle. Les employés qui connaissent des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins ont davantage recours aux services d'un médecin et sont plus susceptibles d'avoir passé du temps à l'hôpital, tant comme patient externe qu'interne. Ils ont aussi plus souvent recours à la salle d'urgence et dépensent plus en médicaments sur ordonnance. Comparativement à leurs homologues qui connaissent des niveaux faibles de pression sur le fournisseur de soins, les employés qui connaissent des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins sont :

- 1,8 fois plus susceptibles d'avoir reçu des soins en consultation externe;
- 1,7 fois plus susceptibles de préciser que leur état de santé est moyen ou mauvais;
- 1,6 fois plus susceptibles d'avoir dépensé plus de 300 $ dans la dernière année en médicaments sur ordonnance pour leur usage personnel;
- 1,5 fois plus susceptibles d'avoir fait appel aux services d'un professionnel de la santé mentale;
- 1,5 fois plus susceptibles d'avoir été hospitalisés;
- 1,5 fois plus susceptibles d'avoir eu à se rendre à l'urgence d'un hôpital;
- 1,4 fois plus susceptibles d'avoir consulté un médecin six fois ou plus par année.

Ces données laissent croire que la pression sur le fournisseur de soins est associée à une incidence accrue de maladies nécessitant un traitement et des médicaments sur ordonnance.

Les données concernant la pression sur le fournisseur de soins viennent étayer notre conclusion selon laquelle le conflit entre le travail et la vie personnelle est associé à l'augmentation des demandes et des coûts relatifs aux soins de santé. Par exemple, nous avons calculé que les coûts directs par année attribuables à une pression élevée sur le fournisseur de soins sont d'environ 4 milliards de dollars pour les hospitalisations, de plus de 500 millions de dollars pour les consultations d'un médecin et de plus

de 100 millions de dollars pour les visites au service d'urgence d'un hôpital.

Ces données font également ressortir les importantes économies do . bénéficient les employeurs qui tiennent compte des problèmes associés aux soins aux aînés. Les entreprises pourraient économiser environ 128 $ par employé par année en coûts d'ordonnance seulement en réduisant la pression sur le fournisseur de soins.

## Conclusions et recommandations

Dans le présent rapport, nous avons établi que :

- le conflit entre le travail et la vie personnelle sous ses différentes formes constitue un problème pour de nombreux travailleurs canadiens;
- un niveau élevé de conflit entre le travail et la vie personnelle est associé à des niveaux moins élevés de perception de la santé pour les travailleurs Canadiens, peu importe comment nous conceptualisons le conflit entre le travail et la vie personnelle;
- les niveaux élevés de conflit entre le travail et la vie personnelle ont une incidence négative sur les résultats financiers des employeurs et font augmenter le recours au système de soins de santé canadien;
- les coûts en soins de santé liés au conflit élevé entre le travail et la vie personnelle sont exorbitants; environ 6 milliards de dollars par année sont attribuables à une surcharge de rôles élevée, 5 milliards par année à la pression sur le fournisseur de soins, 2,8 milliards à un niveau élevé d'interférence du travail dans la famille et 0,5 milliard à un niveau élevé d'interférence de la famille dans le travail[8];
- deux formes de conflit entre le travail et la vie personnelle sont particulièrement coûteuses (les deux sur le plan de l'augmentation de la demande sur le système de soins de santé et de l'augmentation des coûts des soins de santé et des avantages sociaux) : les niveaux élevés de surcharge de rôles et de pression sur le fournisseur de soins.

Il semble que la surcharge de rôles soit le grand responsable : d'après nos estimations, les consultations d'un médecin seraient 25 % moins nombreuses, les hospitalisations réduites de 17 % et l'achalandage des salles d'urgence du Canada baisserait de 23 % si les niveaux élevés de cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle pouvaient être éliminés. Ces conclusions permettent de supposer que les stratégies de réduction des effectifs mises en œuvre par bon nombre d'employeurs au cours des années 80 et 90 conjuguées à la hausse de la charge de travail des employés (voir Higgins et Duxbury, 2002) ont eu l'effet inverse de celui qu'on espérait, et les économies salariales (le traitement et les avantages sociaux) réalisées par les entreprises et les employeurs du secteur public à la suite de la réduction des effectifs pourraient se traduire par une hausse importante des coûts pour le système de soins de santé. Il semble que le conflit entre le travail et la vie personnelle n'est pas seulement une question morale, mais également une question de productivité et d'économie, un problème lié au milieu de travail et un problème social, et qu'il doit être traité comme tel.

La pression sur le fournisseur de soins pose également problème. L'analyse de nos données montre que le nombre de consultations d'un médecin pourrait être réduit de 8 %, les hospitalisations de 18 % et les visites à l'urgence d'un hôpital canadien de 14 % si les niveaux élevés de cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle pouvaient être éliminés. Ces conclusions portent à croire que le vieillissement de la population active canadienne et le besoin accru de fournir des soins aux aînés minent les capacités des employés à composer avec leurs responsabilités professionnelles et leurs exigences familiales. L'insuffisance des services sociaux et gouvernementaux aux aînés et les horaires de travail contraignants obligeront les employés qui doivent prodiguer des soins aux aînés à s'absenter du travail et/ou à prendre un congé non rémunéré. Si aucune mesure n'est prise pour réduire les exigences auxquelles doivent satisfaire ces travailleurs, on peut s'attendre, au cours de la prochaine décennie, à une augmentation importante de problèmes de santé attribuables à cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle puisqu'un nombre croissant de baby-boomers doivent assumer la responsabilité des soins à leurs parents. Ces résultats révèlent que si les entreprises ne prennent pas bientôt des mesures stratégiques pour contrer ce problème (p. ex., mettre en œuvre des formules de travail et des avantages sociaux qui tiennent compte des besoins des familles), le gouvernement devra intervenir et faire le nécessaire pour aider les employés à composer avec les questions de soins aux aînés. Le pays ne peut se permettre d'assumer le coût des soins de santé découlant de l'inaction des organisations dans ce domaine.

8 Il faut noter qu'il peut y avoir un certain chevauchement des coûts associés à chacune des formes de conflit entre le travail et la vie personnelle. Le total des coûts et des économies potentielles ne peut par conséquent être calculé par la somme des coûts associés à chaque type de conflit.

**Le Canada peut-il vraiment se permettre de ne pas s'attaquer aux questions liées au conflit entre le travail et la vie personnelle?**

Ces chiffres sonnent l'alarme aux employeurs et aux gouvernements pour différentes raisons. D'abord, ils laissent entendre qu'une partie importante de leur effectif (presque un cinquième) est susceptible d'adopter un comportement (p. ex., achat de médicaments sur ordonnance, absentéisme) pouvant avoir une incidence négative sur leurs résultats financiers, ce qui peut entraîner des répercussions sur la capacité du Canada à soutenir la concurrence mondiale. En outre, ils révèlent que le fait de combiner le travail et les responsabilités familiales nuit à la santé des employés canadiens, peu importe leur sexe (c.-à-d. que ce n'est plus un problème exclusivement féminin). Enfin, ces résultats viennent appuyer le modèle de santé de la population qui associe le statut socioéconomique inférieur aux problèmes de santé et portent à croire que l'on doit cibler, à ce niveau de l'organisation, les efforts et interventions pour la santé en milieu de travail, comme les congés pour raisons personnelles payés et les activités de promotion de la santé.

Une fois les données du présent rapport examinées, la question pertinente n'est plus « Combien en coûtera-t-il au Canada de se pencher sur la question du conflit entre le travail et la vie personnel? », mais plutôt « Comment la nation peut-elle se permettre de *ne pas* s'attaquer à ce problème de conflit entre le travail et la vie personnelle? » Pourquoi les employeurs et les gouvernements devraient-ils favoriser et mettre en œuvre des milieux de travail sains qui permettent aux employés d'équilibrer le travail et la vie personnelle? En somme, la capacité du Canada de soutenir la concurrence mondiale à l'avenir dépend de notre habilité à régler ce problème. Les données présentées dans le présent rapport brossent un portrait inquiétant des répercussions qu'entraîne l'ignorance des questions relatives à la santé en milieu de travail et au conflit entre le travail et la vie personnelle sur le système de soins de santé du Canada. Les problèmes de santé qui découlent d'une surcharge de rôles à la maison et au travail et d'une incapacité de concilier des exigences conflictuelles sont non seulement coûteux pour les employeurs en termes d'absentéisme et d'avantages sociaux liés à la santé, mais ils ont aussi une incidence négative sur le système de soins de santé. Comme le fait remarquer le Conseil canadien sur les soins de santé intégrés (CCSSI 2002, p. 22) :

> Les frontières du milieu de travail sont perméables et les coûts sont facilement transférables à d'autres secteurs de la société. C'est pour cette raison que la santé en milieu de travail doit devenir une priorité pour les gouvernements et non seulement pour les employés, employeurs et syndicats.

**La priorité absolue des employeurs et des gouvernements est de réduire les exigences imposées aux travailleurs canadiens**

Les données montrent que les employeurs et les gouvernements qui souhaitent améliorer la santé des employés, réduire le fardeau fiscal des citoyens et avoir une influence positive sur le système de soins de santé doivent prêter attention à la surcharge de rôles. Cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle est fortement associée aux exigences professionnelles considérables, aux heures de travail accrues, aux nombreuses heures supplémentaires non payées, à l'augmentation des déplacements pour affaires et à une culture axée sur le temps de présence (c.-à-d. que l'accent est mis sur le « présentéisme » plutôt que sur le rendement et les résultats). Elle représente aussi les niveaux les plus élevés de risque relatif et absolu en ce qui a trait aux mauvais états de santé physique et mentale, et toutes les mesures d'usage du système de soins de santé canadien incluses dans cette étude.

La principale variable explicative d'une surcharge de rôles élevée est le temps consacré à un emploi rémunéré. La présente recherche a établi que le temps consacré au travail s'est accru de façon importante au cours de la dernière décennie. En 1991, un répondant sur dix travaillait plus de 50 heures par semaine, tandis qu'aujourd'hui, c'est un sur quatre. Au cours de la même période, le pourcentage des employés qui travaillaient entre 35 et 39 heures par semaine est passé de 48 % à 27 %. On a observé cet accroissement des heures de travail dans toutes les catégories et tous les secteurs d'emplois. Une recherche approfondie est nécessaire afin de comprendre pourquoi les exigences du travail se sont accrues au cours de la dernière décennie. Les explications possibles tirées des données recueillies dans le cadre de la présente recherche comprennent l'anorexie organisationnelle (réduction des effectifs, notamment au niveau des cadres intermédiaires, implique qu'il n'y a pas suffisamment d'employés pour accomplir le travail ou pas suffisamment de gestionnaires pour élaborer des stratégies et planifier); la culture de l'entreprise (si un employé ne fait pas d'heures supplémentaires ou s'il n'accomplit pas de travail à domicile, il n'obtiendra pas d'avancement professionnel ou perdra son emploi si des mesures de réduction des effectifs sont appliquées); l'utilisation accrue des technologies (des technologies comme le courrier électronique ont engendré des attentes de réaction immédiate dans les milieux de travail); la concurrence mondiale (étendue des heures de travail en vue

d'accomplir du travail dans d'autres fuseaux horaires, concurrence accrue et désir de maintenir les coûts à un bas niveau, incitation des employeurs à embaucher le plus petit nombre d'employés possible pour réaliser les activités de l'organisation); la rapidité à laquelle surviennent les changements, qui a augmenté au point que de nombreuses organisations ont perdu leur capacité de planifier et d'établir des priorités; et le fait que les employés ont peur des conséquences de ne pas « être perçus comme des collaborateurs » (p. ex., perdre un emploi en raison d'une rationalisation, incapacité d'obtenir de l'avancement).

Le lien entre les heures passées au travail et la surcharge de rôles, l'épuisement et les problèmes de santé physique et mentale (voir Duxbury et Higgins, 2003) laisse croire qu'une telle situation ne pourra durer indéfiniment. Les données de cette étude viennent étayer cette conclusion. Par les impôts qu'ils paient et leur soutien financier au système de soins de santé, les Canadiens subventionnent les pratiques organisationnelles du genre « faire plus avec moins », rationaliser, accorder des promotions en fonction des heures passées au travail, fixer des attentes irréalistes liées au travail, diriger par crise, etc. Ce sont les organisations qui emploient de telles stratégies qui doivent en assumer les conséquences financières, et non les contribuables canadiens.

**La deuxième priorité pour les employeurs et les gouvernements est de réduire la pression sur le fournisseur de soins**

Comme nous l'avons fait remarquer précédemment, cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle semble être étroitement liée aux problèmes de santé physique et à un recours élevé aux services de soins médicaux ainsi qu'aux médicaments sur ordonnance. On prévoit aussi que le pourcentage de l'effectif qui connaît des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins augmentera grandement au cours de la prochaine décennie, car les parents des baby-boomers, puis les baby-boomers eux-mêmes auront besoin de soins. Si aucune mesure n'est prise maintenant pour mettre en place des politiques, procédures et établissements afin d'aider les employés à soigner leurs parents vieillissants, on peut s'attendre à ce que les demandes en soins de santé et les coûts qui sont associés à ce genre de pression augmentent considérablement dans un avenir rapproché.

**Le problème vu dans l'optique de la santé en milieu de travail**

La présente étude a établi la nécessité que les gouvernements et organisations assument davantage de responsabilités relativement aux questions de santé en milieu de travail, comme le conflit entre le travail et la vie personnelle, et que ces questions soient abordées dans l'optique de la santé de la population. Quel est le meilleur moyen pour y parvenir? Dix-neuf recommandations sont formulées dans ce rapport : treize s'adressent aux gouvernements et six aux employeurs. Dans les recommandations au gouvernement, il est proposé d'apporter des changements à la structure du système de soins de santé, de trouver des façons de rendre l'idée de changement dans ce secteur attrayante aux yeux des employeurs (p. ex., investissements financiers et pénalités), d'expliquer comment un mouvement de changement public dans ce secteur peut être suscité (p. ex., campagne de marketing social, site Web pour communiquer les coûts de mauvaises pratiques en milieu de travail pour les Canadiens, formation de partenariats avec les principaux intervenants et groupes communautaires), de s'attaquer au problème de soins aux aînés, et de réclamer du financement supplémentaire pour une recherche valable empiriquement et une collecte de données dans ce domaine. Les recommandations aux employeurs comprennent non seulement des suggestions sur la façon de mieux assurer le suivi des répercussions de leurs différentes pratiques en milieu de travail sur leurs résultats financiers, mais aussi des recommandations sur la gestion horizontale du problème et d'autres sur le leadership et la responsabilisation pour la santé en milieu de travail.

# Chapitre 1
## *Introduction*

Quel est l'aspect d'un lieu de travail sain? Selon les résultats de nos propres recherches et de celles d'autres collègues (c.-à-d. Lowe, 2000; Duxbury et Higgins, 2001, 2003; Higgins et Duxbury, 2002; Conseil canadien sur les soins de santé intégrés [CCSSI], 2002), un lieu de travail sain :

- favorise la santé psychologique, physique et psychosociale de ses employés (autrement dit, il y règne un esprit de soutien moral);
- applique un système de mesure et de responsabilisation qui encourage ouvertement les pratiques de gestion des employés;
- se fonde sur une gestion solide axée sur les personnes et sur la santé du lieu de travail;
- considère la santé et le bien-être des employés ainsi que le conflit entre le travail et la vie personnelle comme des questions stratégiques.

Le présent rapport vise à renforcer l'engagement, autant dans le domaine des politiques publiques qu'au niveau de l'organisation, à l'idée selon laquelle il est possible de réduire les contraintes que subit le système de santé canadien en réduisant les problèmes de santé en milieu de travail. Il présente, avec des données solides à l'appui, les facteurs liant le conflit entre le travail et la vie personnelle aux coûts qui découlent des problèmes de santé et des soins de santé. Nous espérons que ces données inciteront les professionnels et les établissements de soins de santé ainsi que les gouvernements et leurs employés à collaborer afin d'améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes dans un esprit reposant sur les notions suivantes : « les milieux de travail sains favorisent la santé d'une nation », et « l'argent à lui seul ne crée ni ne résout les problèmes de soins de santé » (ICIS, 2003 – Traduction libre).

Les auteurs de ce rapport soutiennent qu'il est possible d'aborder les problèmes concernant la santé des Canadiens et des Canadiennes et l'efficacité du système de soins de santé canadien en adoptant un programme centré sur la santé en milieu de travail et sur le conflit entre le travail et la vie personnelle. Ils présentent leurs données d'appui à deux niveaux : celui de l'organisation des soins de santé et celui, plus général, de la société. Cette urgence d'aborder les problèmes du secteur des soins de santé a reçu l'appui de la Commission Romanow même, selon laquelle :

> « Nous devons absolument assainir les lieux de travail des fournisseurs des soins de santé, car, si nous ne nous occupons pas de nos professionnels de la santé, ils ne peuvent s'occuper de nous. » (Roy Romanow, notes de l'allocution prononcée devant l'Association médicale canadienne, à Saint-Jean (Nouveau-Brunswick), le 20 août 2002)

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS 2003) suggère qu'il existe un lien entre la santé des milieux de travail et celle de la société. Il s'agit de l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des membres de la collectivité qui réduit l'utilisation du système de soins de santé et, par conséquent, le coût des soins de santé. Certains chercheurs, comme Danielle Pratt (voir CCSSI, 2002, p. 25), ont observé que :

> Les coûts liés à l'absentéisme, à la rémunération de travailleurs temporaires et de remplaçants et, bien sûr, aux occasions manquées et à la faible qualité des services d'une main-d'œuvre affaiblie ... se répercutent dans tout l'organisme, dans le système de soins de santé et dans le reste de la société.

Jusqu'à aujourd'hui, on n'a porté qu'une faible attention à la contribution que la santé en milieu de travail (dont le conflit entre le travail et la vie personnelle est une composante clé) pourrait apporter au problème plus général des soins de santé au Canada (CCSSI, 2002).

### 1.1 Objectifs de la présente recherche

Les problèmes de santé coûtent beaucoup plus cher au Canada en perte de productivité et de qualité de vie qu'en traitement des maladies. L'ICIS (2003) estime qu'en 1998, le fardeau économique de la maladie au Canada s'élevait à 159 milliards de dollars. Ces coûts proviennent, entre autres choses, de la perte potentielle de production due à l'absentéisme des lieux de travail et des établissements d'enseignement ainsi qu'aux décès prématurés. Soulignons que cette estimation des coûts de la maladie est probablement très modérée, puisqu'elle ne

tient pas compte du temps passé à prendre soin d'un ami ou d'un membre de la famille malade, de la souffrance émotionnelle et d'autres conséquences de la maladie. Les auteurs de ce rapport visent à répondre aux questions de recherche suivantes :

1. Comment les travailleurs canadiens perçoivent-ils leur santé physique?

2. Dans quelle mesure les travailleurs canadiens utilisent-ils les différents volets du système de soins de santé canadien?

3. Combien les travailleurs canadiens déboursent-ils pour des médicaments sur ordonnance?

4. Quels sont les effets du sexe, du type d'emploi, du secteur d'emploi et du statut de responsable de personne à charge[9] sur :

   - le sentiment d'être en santé qu'a une personne?
   - l'utilisation du système de soins de santé canadien?
   - la somme qu'une personne débourse pour des médicaments sur ordonnance?

5. Quels sont les effets du conflit entre le travail et la vie personnelle (y compris la surcharge de rôles, l'interférence du travail dans la famille, l'interférence de la famille dans le travail et la pression sur le fournisseur de soins) sur :

   - le sentiment d'être en santé qu'a une personne?
   - l'utilisation du système de soins de santé canadien?
   - la somme qu'une personne débourse pour des médicaments sur ordonnance?

6. Quelles répercussions le conflit entre le travail et la vie personnelle a-t-il sur le coût des soins de santé au Canada?

## 1.2 Pourquoi avons-nous besoin d'une telle étude?

Pourquoi le Canada doit-il aborder les problèmes de la santé en milieu de travail et du conflit entre le travail et la vie personnelle? Selon nous, la résolution de ces deux problèmes, qui sont liés l'un à l'autre, est cruciale pour la santé du système de soins de santé canadien, pour la santé de toute la société canadienne et pour la santé économique du Canada (p. ex., le rendement organisationnel ainsi que la capacité de recruter et de retenir un effectif clé au sein du marché mondial de la main-d'œuvre qui est très concurrentiel). Malheureusement, on n'a produit au Canada que peu de données probantes sur les facteurs liant le conflit entre le travail et la vie personnelle au rendement (des entreprises et du système de soins de santé canadien). Dans son rapport de 2002, l'ICIS pose la question suivante :

> Vu l'importance et l'effet du milieu de travail dans la vie de la plupart des Canadiens et Canadiennes, quel rôle joue-t-il dans le monde plus général des soins de santé au Canada? Notre gouvernement devrait-il aborder plus ou moins en priorité la santé en milieu de travail, et pourquoi? (p. 2 – Traduction libre)

Les auteurs du présent rapport tentent d'apporter des réponses à cette question. En fournissant des données empiriques probantes dans ces domaines afin d'éclairer le débat, ils espèrent que ce rapport incitera les gouvernements et les employeurs à aborder les problèmes liés à la santé en milieu de travail afin de mieux équilibrer le travail et la vie personnelle.

### Le système de soins de santé canadien a besoin de se faire soigner

Le système de soins de santé canadien est assiégé, et la santé et les soins de santé préoccupent considérablement les Canadiens (CCSSI, 2002). Autant la presse que les résultats d'études universitaires dénoncent le fait que les salles d'urgence de bien des régions du pays sont surchargées et que les patients doivent souvent attendre avant d'obtenir un lit d'hôpital, un diagnostic ou un

9 Défini, aux fins de la présente étude, comme celui d'un employé consacrant au moins une heure par semaine aux soins d'un enfant, d'un aîné, ou des deux.

traitement (ICIS, 2002). Les Canadiens se préoccupent plus que tout des périodes d'attente qu'ils doivent subir avant de recevoir des soins de santé. En 2001, un patient sur cinq âgé de 15 ans ou plus a fait remarquer que l'attente avant de recevoir des soins spécialisés avait eu une incidence négative sur sa vie. Les souffrances que les Canadiens ont dit subir en attendant des soins comprenaient des douleurs, une mauvaise santé, la difficulté d'accomplir leurs tâches quotidiennes, l'inquiétude, l'anxiété et le stress ainsi que la perte d'emploi ou de revenu (ICIS, 2002). Quant aux professionnels du système de soins de santé (selon l'ICIS [2002], un employé canadien sur dix travaille dans le domaine des soins de santé ou des services sociaux), ils s'inquiètent avant tout des problèmes des ressources humaines en matière de santé (RHS) (ICIS, 2003). Il faudrait donc poser les questions suivantes à ce propos : Disposons-nous d'assez de personnel aux endroits cruciaux pour prodiguer des soins? Le milieu de travail des soins de santé est-il sain? Comment pourrions-nous améliorer la planification et la capacité en RHS[10]?

Pour répondre aux préoccupations de leurs citoyens, plusieurs provinces et territoires (Nouveau-Brunswick, Québec, Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique, Territoires du Nord-Ouest) ont mené des examens approfondis de leurs systèmes de soins de santé en 2002 (ICIS, 2002), et le gouvernement fédéral a commandé deux études d'envergure : la Commission Kirby (sur le rôle du gouvernement fédéral et la santé des Canadiens) et la Commission Romanow (*Avenir des soins de santé au Canada*) (ICIS, 2002)[11]. Et pourtant, malgré toutes ces études, on n'a pas encore atteint un consensus sur les solutions que le Canada pourrait apporter aux problèmes de son système de soins de santé. Certains groupes doutent qu'on puisse adéquatement régler le problème du coût des soins de santé en apportant des réformes à l'interne; ils suggèrent qu'on finance l'augmentation de ces coûts à partir de sources non fiscales. D'autres préconisent la réforme du système même à l'interne, la réduction du nombre de services financés par les deniers publics ou l'utilisation d'autres sources de financement que celles du gouvernement (ICIS, 2002). L'ICIS souligne cependant les thèmes communs qui ressortent de ces études :

- on observe un besoin de données courantes, précises et fiables sur la santé des Canadiens et des Canadiennes et sur le système de soins de santé, car on ne peut pas améliorer ce qu'on ne peut pas mesurer (ICIS, 2002);
- le renouvellement des soins de santé primaires est essentiel à la durabilité et à la revitalisation du système de soins de santé au Canada (ICIS, 2003);
- tout nouvel investissement dans le système de soins de santé doit servir à apporter des changements durables (ICIS, 2003).

### Nous devons reconnaître le lien qui existe entre le travail et la santé

La plupart des Canadiens considèrent le travail, rémunéré ou non, comme faisant partie intégrante de leur vie quotidienne. Il est crucial d'être en bonne santé pour répondre à ces exigences (CCSSI, 2002). L'état de santé des gens ne dépend toutefois pas uniquement des soins de santé (ICIS, 2002). Un grand nombre de facteurs, sur lesquels le système de soins de santé n'a aucun pouvoir, affectent l'état de santé des Canadiens et des Canadiennes (Statistique Canada, 1999). Certaines tendances, comme le vieillissement de la population, la dénatalité, la baisse du revenu net d'impôt et l'accroissement du nombre de femmes dans la main-d'œuvre, ont une incidence sur les organismes et la santé (Statistique Canada, 1999). On a aussi beaucoup publié sur le lien entre la santé et les facteurs socioéconomiques (Townson, 1999). Cette documentation souligne la forte association négative entre la bonne santé et le bien-être d'un côté, et la pauvreté, le chômage, les logements insalubres, le manque d'instruction et la pauvreté des enfants de l'autre côté. Townson (1999, p. 95) exprime le point de vue de plusieurs experts lorsqu'elle écrit que :

> On invoque toujours plus souvent le mantra de la mondialisation et le besoin perçu de soutenir la concurrence internationale pour justifier l'inaction et pour expliquer des politiques sociales et économiques qui ont des répercussions profondément négatives sur la santé de la population.

Bon nombre des problèmes de soins de santé auquel le Canada fait face sont liés aux milieux de travail (CCSSI, 2002). Selon les résultats d'études récentes, les milieux de travail insalubres et les charges de travail excessives causent des myriades de problèmes de santé (Duxbury et Higgins, 2001, 2003; CCSSI, 2002; Higgins et Duxbury, 2002). Le CCSSI (2002, p. 22) remarque :

> On observe un fait paradoxal : le milieu de travail est devenu un contexte qui cause des

10 L'ICIS traite en détail de ces questions (2003).

11 L'ICIS (2002, p. 5) présente un excellent tableau indiquant où ces études ont été effectuées et comment en obtenir les résultats et conclusions.

> problèmes de santé aux employés, tout en leur offrant le plus grand potentiel d'amélioration de la santé et du bien-être général.

Dans son examen de la documentation de recherche sur la santé en milieu de travail, le CCSSI (2002) a remarqué qu'au XXIe siècle, la définition du mot « santé » s'est étendue au bien-être psychosocial. Le milieu de travail est donc essentiel à la bonne santé (CCSSI, 2002). Toutefois, les résultats de la recherche dans ce domaine indiquent que les initiatives lancées pour améliorer la santé en milieu de travail en se concentrant uniquement sur la promotion de la santé ne suffisent pas à améliorer la santé telle qu'on la définit aujourd'hui (CCSSI, 2002). Les résultats de plusieurs études novatrices centrées sur le lien entre le milieu de travail et le bien-être des employés appuient d'ailleurs ce point de vue (Lowe, 2000; Shain, 2000; Duxbury et Higgins, 2001, 2003; Lowe et Schellenberg, 2001; Higgins et Duxbury, 2002).

Les programmes de santé en milieu de travail ne contribueront que très peu à l'amélioration de la santé des employés tant qu'ils ne se dérouleront pas dans des conditions favorables clés, comme l'application de politiques de soutien, un esprit d'habilitation et un bon leadership venant des hautes sphères de la hiérarchie (CCSSI, 2002). Dans son rapport de 2002, le CCSSI émet la conclusion suivante :

> Bien que les politiques publiques, les employeurs et les syndicats se soient engagés plus ou moins fortement au concept de la santé en milieu de travail, tous les Canadiens et les Canadiennes bénéficieraient de la création d'un milieu nouveau et différent – un milieu où l'on reconnaisse le besoin d'élaborer une stratégie de collaboration sur la santé en milieu de travail qui devienne une priorité nationale. (p. 4)

Le CCSSI (2002) ajoute qu'il sera nécessaire de créer un nouvel état d'esprit sur la santé en milieu de travail pour vraiment progresser dans ce domaine. Nous espérons que le présent rapport éclairera ce débat en examinant le lien entre l'utilisation du système de soins de santé, les troubles de santé, les milieux de travail non coopératifs et le conflit entre le travail et la vie personnelle.

### Les organismes qui créent des milieux de travail plus en santé font plus de bénéfices

Dans son rapport de 2002, le CCSSI laisse entendre que les employeurs auraient avantage à adopter une approche plus proactive sur la santé en milieu de travail (p. 4). Autrement dit, les employeurs peuvent vraiment faire prospérer leur organisme en créant des milieux de travail plus en santé (CCSSI, 2002). Les employeurs sont écrasés par le coût des problèmes de santé et du grand conflit entre le travail et la vie personnelle. Dans le deuxième rapport que nous avons publié pour cette série (Duxbury et Higgins, 2003), par exemple, nous avons remarqué que l'absentéisme découlant d'un fort conflit entre le travail et la vie personnelle coûtait aux entreprises canadiennes entre 6 et 10 milliards de dollars par année, particulièrement pour les raisons suivantes :

- Les coûts directs de l'absentéisme attribuable à une surcharge de rôles élevée sont estimés à environ 3 milliards de dollars par année. Cette estimation s'élève à 6 milliards de dollars par année lorsqu'on y a inclus les coûts indirects.
- Les coûts directs de l'absentéisme attribuable à des niveaux élevés d'interférence du travail dans la famille sont estimés à 1 milliard de dollars par année (les coûts atteignent de 1,5 à 2 milliards de dollars si on inclut les coûts indirects de l'absentéisme).
- Les coûts directs de l'absentéisme attribuable à des niveaux élevés d'interférence de la famille dans le travail sont estimés à quelque 500 millions de dollars par année (environ 1 milliard de dollars par année quand on inclut les coûts indirects).
- Les coûts directs de l'absentéisme attribuable à des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins s'élèvent à un peu plus de 1 milliard de dollars par année (les coûts indirects varient entre 1 et 2 milliards de dollars).

Les coûts que subit l'employeur ne se limitent toutefois pas à ceux de l'absentéisme. Comparativement à leurs homologues qui connaissent des niveaux faibles de surcharge de rôles[12], les employés qui font face à une surcharge de rôles élevée :

- Sont 5,6 fois plus susceptibles de signaler des niveaux élevés de stress lié à l'emploi;
- Sont 2,3 fois plus susceptibles de manifester une forte intention de quitter leur emploi;
- La moitié d'entre eux sont susceptibles de signaler des niveaux élevés de satisfaction au travail;
- Environ la moitié d'entre eux sont susceptibles d'avoir une opinion favorable de leur employeur.

## Le recrutement et le maintien de l'effectif – dans le système de soins de santé et ailleurs – est lié à la santé en milieu de travail

Au cours de la prochaine décennie, le Canada et la plupart des pays industrialisés feront face à des pénuries de main-d'œuvre lorsque la demande de travail dépassera l'offre de main-d'œuvre dans de nombreux domaines clés. Cette pénurie découlera de quatre facteurs : un faible taux de fertilité, le vieillissement de la population, la multitude de baby boomers qui atteindront l'âge de la retraite et l'accroissement du taux de mortalité (Bachmann, 2002). Ces facteurs incitent les organismes à se concentrer sur le recrutement et la conservation des travailleurs clés (Bachmann, 2002). Quelles stratégies les employeurs suivent-ils pour attirer une nouvelle relève d'employés et pour empêcher leurs bons employés de la génération du baby-boom de prendre leur retraite trop tôt? Bachmann (2002) répond : de nouvelles offres de rémunération, des programmes de récompense et de reconnaissance, de la formation et de l'avancement professionnel.

Ces stratégies s'avéreront-elles efficaces? Les données disponibles portent à croire que non, car elles n'offrent pas ce que les employés de la relève et les baby boomers vieillissants disent désirer d'un emploi – un milieu de travail empreint de santé psychosociale (c.-à-d. un milieu de travail où le travail est passionnant et où l'on offre de l'avancement professionnel, un équilibre entre le travail et la vie personnelle, des récompenses et de la reconnaissance, et du respect) où l'on applique des programmes de santé en milieu de travail (Bachmann, 2002). De plus, les résultats de la recherche indiquent que pour que leurs employés soient satisfaits, motivés et engagés, les organismes doivent aborder les enjeux liés à la santé et au bien-être (Bachmann, 2002).

Selon les résultats d'études récentes, le facteur qui favorise le plus l'engagement des employés est le fait que leurs gestionnaires reconnaissent leurs besoins d'équilibre entre le travail et la vie personnelle qui, nous l'avons vu, est crucial au bien-être des employés (AON Consulting, 2000; Duxbury et Higgins, 2001, 2003; Bachmann, 2002; Higgins et Duxbury, 2002). Autrement dit, les employeurs doivent se mettre à remplir leurs promesses et offrir des milieux de travail favorables ainsi qu'un équilibre entre le travail et la vie personnelle. Nous espérons que les résultats de la présente étude inciteront les gouvernements et les employeurs à agir ainsi.

12 La surcharge de rôles constitue l'une des quatre dimensions du conflit entre le travail et la vie personnelle examinées dans Duxbury et Higgins (2003). Elle sert ici d'illustration. Les auteurs ont obtenu des résultats similaires en examinant les trois autres aspects du conflit entre le travail et la vie personnelle.

# Chapitre 2
## *Contexte*

Ce chapitre du rapport vise à situer la recherche dans son contexte. Il se subdivise en trois sections principales. La première traite du système de soins de santé, la deuxième décrit les modèles utilisés pour déterminer les politiques et les mesures à appliquer dans le domaine de la santé, et la troisième examine les problèmes de santé en milieu de travail. À la Section 1, nous présentons des données sur ce qu'il en coûte pour maintenir les Canadiens et les Canadiennes en santé. On y trouve des données statistiques indiquant combien le Canada doit débourser pour maintenir sa population en santé, l'évolution de ces déboursés et qui paie quoi. Nous utilisons trois modèles clés pour mener cette analyse – la promotion de la santé, la santé de la population et l'indice sur la santé sociale – que nous décrivons à la Section 2. À la Section 3, nous offrons de l'information sur les deux côtés du débat sur la santé en milieu de travail : pourquoi les entreprises devraient investir dans la santé en milieu de travail, et pourquoi elles ne le font pas à l'heure actuelle.

Vous trouverez aussi dans ce chapitre deux encadrés qui devraient aider les lecteurs. Le premier fournit la source de la plupart des données qui appuient les renseignements de ce chapitre. Le deuxième présente la définition de concepts clés tels que « santé », « bien-être », « promotion de la santé » et « santé de la population ». Enfin, les lecteurs qui s'intéressent à l'évolution de la pensée canadienne sur la santé et sur les soins de santé en trouveront un aperçu à l'annexe A.

### Encadré 1

**Sources des données sur le système de santé canadien**

Les données qui décrivent le système de santé canadien sont tirées en grande partie des rapports produits par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada. L'ICIS, conjointement avec Statistique Canada, a publié un rapport annuel sur l'état du système de santé canadien au cours des quatre dernières années. Ces rapports rassemblent les données les plus récentes sur le système de santé canadien et, lorsque c'est possible, les comparent à celles d'autres pays. Ils traitent également des problèmes de l'heure, présentent des analyses des sujets d'importance et fournissent de l'information sur divers indicateurs des soins de santé. Ces rapports, de même qu'un autre préparé par Statistique Canada en 1999 et intitulé *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne* de même qu'un document écrit par le Conseil canadien sur les soins de santé intégrés (CCSSI) en 2002, ont fourni la majeure partie de l'information de base citée dans le présent rapport.

## Encadré 2

### Définitions : Santé, bien-être, promotion de la santé et santé de la population

**Santé** : La plupart des gouvernements, y compris le ministère de la santé fédéral, ainsi que les ministères provinciaux et territoriaux du Canada, ont adopté des définitions de santé semblables à celles avancées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui reconnaît que la santé est « davantage que l'absence de maladie; une ressource pour la vie de tous les jours » (Statistique Canada, 1999, p. 215; OMS tel que cité dans CCSSI, 2002). D'autres définissent la santé comme :

- un état complet de bien-être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie (Townson, 1999);
- une « ressource » pour répondre aux besoins de la vie quotidienne et non l'objectif de la vie (CCSSI, 2002).

**Bien-être ou santé mentale positive** :

- les attributs physiques, mentaux et sociaux qui permettent de relever les défis relatifs à la santé et de fonctionner (Statistique Canada, 1999, p. 220).

**Promotion de la santé** :

- « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (OMS tel que cité dans Townson, 1999);
- la science et l'art d'aider les gens à changer leur style de vie pour parvenir à un équilibre entre la santé physique, émotionnelle, sociale, spirituelle et intellectuelle (CCSSI, 2002).

**Santé de la population** :

- une approche qui tient compte de toute la gamme des facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, influence la santé de la population entière (Townson, 1999, p. iii).

## 2.1 Combien le Canada débourse-t-il pour maintenir ses citoyens en santé?

Les dépenses pour la santé nationale sont des déboursements dont l'objectif principal est d'améliorer l'état de santé ou d'en prévenir la détérioration (Statistique Canada, 1999). Ils comprennent les dépenses des secteurs public et privé pour des soins de santé personnels (c.-à-d. des services de santé prodigués à des particuliers) ainsi que les dépenses effectuées au nom de la société pour la santé publique et pour la gestion du système de soins de santé (Statistique Canada, 1999). Généralement, les dépenses pour les soins de santé se regroupent en sept catégories principales d'utilisation : les hôpitaux, les médecins, les médicaments, les autres professionnels, les autres établissements, le capital et les autres dépenses effectuées pour la santé (Statistique Canada, 1999).

La section suivante présente un aperçu de ce que nous déboursons actuellement pour les soins de santé, de l'utilisation que nous faisons de cet argent et de l'évolution de notre façon de dépenser. La source des données présentées dans cette section se trouve à l'encadré 1.

### Le Canada dépense plus de 100 milliards de dollars chaque année pour fournir des services de santé aux Canadiens et aux Canadiennes

Le secteur des soins de santé est très vaste et nécessite énormément de ressources. En l'an 2000, plus d'un million et demi de Canadiens et de Canadiennes travaillaient dans les secteurs des soins de santé et des services sociaux (ICIS, 2002). Les données statistiques suivantes donnent une idée du fardeau économique que suscite le maintien des Canadiens en santé :

- Les chercheurs estiment qu'en 1998, le fardeau économique total de la maladie au Canada était de 159,4 milliards de dollars. Les coûts directs s'élevaient à 83,9 milliards de dollars, et les coûts indirects à 75,5 milliards (ICIS, 2003). Quatre types de maladies (cardiovasculaires, musculosquelettiques, cancer et les blessures) constituaient 39 % de ces coûts (ICIS, 2003).
- En 2000, le Canada dépensait en moyenne 1 357 $ pour les soins de santé par ménage, comparativement à 1 009 $ en 1996 (Statistique Canada, 1999).
- En 1996, les Canadiens ont dépensé 3 % de leurs revenus nets d'impôt en soins de santé (comparativement à 2,3 % en 1978). La majorité de ces montants servaient à payer des primes d'assurance, des produits médicinaux et pharmaceutiques ainsi que des soins dentaires (Statistique Canada, 1999).
- En 2001, le Canada a dépensé en moyenne 3 300 $ par personne (soit 102,5 milliards de dollars par année) pour fournir des soins de santé aux Canadiens (ICIS, 2002).
- On estime qu'en 2002, le Canada a dépensé 122 milliards de dollars (soit 3 572 $ par personne) en soins de santé. Les frais d'hôpitaux, de vente de médicaments au détail et de médecins

constituaient plus de 60 % du déboursé total (ICIS, 2003).

## Les déboursements pour les soins de santé ont augmenté avec le temps

Le Canada voit régulièrement ses coûts en soins de santé augmenter d'une année à l'autre. À l'exception du milieu des années 1990, les dépenses en soins de santé se sont régulièrement accrues au cours de ces dernières décennies. Entre 1997 et 2002, la dépense totale en soins de santé a augmenté de près de 34 milliards de dollars (taux d'accroissement qu'on n'avait jamais vu auparavant). Aujourd'hui, elle est plus élevée que jamais, même si l'on tient compte de l'inflation et de la croissance de la population (ICIS, 2003). Les données statistiques suivantes illustrent clairement l'ampleur de la hausse des coûts des soins de santé avec le temps :

- En 2000, les dépenses en soins de santé constituaient 32 % de toutes les dépenses du gouvernement, y compris les frais de la dette nationale – soit une augmentation comparativement à 27 % en 1975 (ICIS, 2002).
- En 2001, si l'on tient compte de l'inflation et de la croissance de la population, les dépenses en soins de santé ont augmenté de 4,3 % par rapport à ce qu'elles étaient en 2000. Les dépenses en soins de santé avaient augmenté chaque année au cours des quatre années précédentes (ICIS, 2002).
- Si l'on tient compte de la croissance de la population et de l'inflation, les dépenses en soins de santé de 2001 dépassaient de 80 % celles de 1975 (ICIS, 2002).
- Les dépenses en soins de santé du Canada ont augmenté plus rapidement que sa croissance économique globale. En 2001, le Canada a dépensé environ 9,4 % de son produit intérieur brut (PIB) en soins de santé. Ce montant est plus élevé que celui de 2000, qui était de 9,1 % (ICIS, 2002).
- Les dépenses du Canada en soins de santé publics et privés se sont accrues de plus de 43 % entre 1997 et 2002. L'inflation représentait un quart de cette augmentation. La croissance de la population représentait un autre 11 %. Le reste de cette augmentation provenait d'une hausse des dépenses publiques (de 49 %) et privées (de 16 %) par personne (ICIS, 2003).

La dépense par habitant constitue la valeur moyenne des dépenses personnelles en soins de santé pour chaque catégorie de dépenses. Cette information par habitant permet d'effectuer une comparaison chronologique sans tenir compte de la croissance de la population (Statistique Canada, 1999). Les données sur les dépenses par habitant servent aussi à illustrer l'augmentation des dépenses en soins de santé avec le temps. Examinons les données suivantes :

- Les dépenses en soins de santé par personne ont augmenté plus rapidement entre 1998 et 2002 qu'au cours de toute autre période depuis la mise en vigueur du Régime d'assurance-maladie (ICIS, 2002).
- En 2003, les dépenses publiques et privées totales en soins de santé par personne (après rajustement pour l'inflation) ont augmenté pendant six ans de suite au Canada (ICIS, 2003).
- Entre 1975 et 2001, les dépenses totales du Canada en soins de santé ont augmenté d'une moyenne annuelle de 9,8 % par habitant (ICIS, 2002).

Pourquoi est-ce entre 1997 et 2003 que le coût des soins de santé a augmenté le plus? L'ICIS (2003) répond ainsi à cette question :

- la croissance de la population a généré 3,7 milliards du montant total;
- l'inflation représente 8,3 milliards de ce montant;
- l'augmentation des dépenses en soins de santé par personne représente 16,3 milliards de ce montant;
- l'augmentation des dépenses en soins de santé privés par personne représente 5,2 milliards de ce montant total.

D'un côté, on peut attribuer la plus grande partie de l'augmentation des dépenses publiques en soins de santé à un changement des dépenses en frais d'hôpitaux (29 % de l'augmentation), en médicaments (15 %) et en investissements en capital (14 %). D'un autre côté, la majeure partie de l'augmentation des dépenses privées en soins de santé provient des médicaments (46 %) et de paiements à d'autres professionnels des soins de santé comme des dentistes et des optométristes (33 %) (ICIS, 2003).

L'accroissement de l'incidence du stress au cours de ces dix dernières années (voir Duxbury et Higgins, 2001, 2003) a probablement aussi contribué à l'augmentation des coûts en soins de santé. Il est devenu évident que le stress chronique et les événements de la vie ont un effet tout au moins indirect mais considérable sur la santé physique et mentale en troublant la physiologie et la morphologie du système circulatoire et contribuent au développement du cancer en déclenchant des mécanismes psychoneuroimmunologiques (Statistique

Canada, 1999). À l'exception de la grossesse et des troubles qui s'y rapportent, les causes majeures d'hospitalisation et de décès au Canada sont liées au stress (Statistique Canada, 1999). Comme le travail est un aspect très important de la vie de tant de Canadiens, le stress qu'ils subissent au travail est un déterminant clé de leur état général de santé mentale (Statistique Canada, 1999).

**Le type de dépenses que nous faisons en soins de santé a aussi changé avec le temps – nous dépensons moins en frais d'hôpital**

Le type de dépense des Canadiens en soins de santé a considérablement changé au cours de ces dernières décennies. En 1975, près de la moitié (45 %) des dépenses en soins de santé au Canada étaient des frais d'hôpital. Bien qu'en 2002, les hôpitaux recevaient toujours la majeure partie des dollars dépensés en soins de santé, leur part des dépenses totales en soins de santé a chuté à 31 % (ICIS, 2003). La façon de dépenser dans les hôpitaux a aussi changé, et la part de financement affectée aux salaires a baissé, alors que le pourcentage du budget consacré aux avantages sociaux, aux médicaments et aux fournitures médicales a augmenté (ICIS, 2003).

Il y a 25 ans, les frais de services de médecins constituaient la deuxième dépense en importance, suivis par les autres établissements de soins de santé, puis les autres professionnels de soins de santé, et enfin les médicaments. Aujourd'hui, cet ordre a changé : les dépenses en médicaments (16 %) dépassent les frais de services des médecins (14 %) et constituent la deuxième cause de dépense en importance (ICIS, 2003).

**On dépense plus d'argent en médicaments avec et sans ordonnance et en soins à domicile**

La composante des dépenses en soins de santé qui augmente le plus rapidement, les médicaments, s'est accrue en moyenne de 11 % au cours de ces cinq dernières années (Duffy, 2002). La vente au détail de médicaments (avec et sans ordonnance) est devenue la deuxième catégorie en importance de dépenses en soins de santé, représentant 16 % de toutes les dépenses (18 milliards de dollars en 2002). Près des deux tiers (65 %) de ces dépenses ont été payées par des compagnies d'assurance privées et par les particuliers (ICIS, 2003).

L'autre secteur pour lequel les Canadiens dépensent toujours plus est celui des soins à domicile. En 1980-1981, les gouvernements au Canada ont dépensé 205 millions de dollars en soins à domicile. Ce montant a grimpé à 2,5 milliards de dollars en 2000-2001. On observe une tendance similaire des dépenses privées en soins à domicile. L'ICIS (2003) attribue cette augmentation aux facteurs suivants : le changement de la demande en soins à domicile (p. ex., les Canadiens vivent plus longtemps), le choix croissant des soins à domicile au lieu de l'hospitalisation, l'évolution de la disponibilité des soins non constitués et une plus grande tendance des gens à organiser eux-mêmes leurs soins.

### 2.1.1 Qui défraie les soins de santé?

Au Canada, plusieurs groupes se partagent les coûts de soins de santé. En 2001, près des trois quarts (73 %) des dépenses totales (soit environ 2 400 $ par personne) étaient payées par des sources du secteur public (c.-à-d. les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux). Le reste était assumé par des sources du secteur privé (p. ex., des compagnies d'assurance) et par les particuliers (p. ex., en payant de leur poche) (ICIS, 2002).

**Sept dollars sur dix allant aux soins de santé proviennent des deniers publics**

En 2002, sept dollars sur dix dépensés en soins de santé provenaient des deniers publics (ICIS, 2003). Les gouvernements et les programmes de sécurité sociale ont dépensé plus de 70 milliards de dollars en soins de santé. Le reste (soit un total de 32,9 milliards de dollars en 2002) provenait de sources privées, comme des régimes d'assurance, ou de la poche des particuliers. Soulignons cependant que les gouvernements partagent aussi ces coûts en les déduisant des impôts sur le revenu, puisque les entreprises peuvent déduire les primes d'assurance de leur impôt sur le revenu et que les employés ne paient pas d'impôt sur ces avantages sociaux (ICIS, 2003).

Les dépenses en soins de santé varient énormément d'une province et d'un territoire à un autre. Ces variations découlent de facteurs tels que les besoins en soins de santé, la façon dont ces derniers sont organisés et fournis, les salaires payés aux professionnels des soins de santé et les différences démographiques des populations des provinces et territoires (p. ex., la moyenne de dépense dépend du sexe et de l'âge) (ICIS, 2002).

Alors que les dépenses gouvernementales en soins de santé ont généralement beaucoup augmenté au cours de ces dernières années, le nombre de services fournis a chuté. Par exemple, certaines administrations ont radié de leurs listes des services nécessaires comme l'optométrie et la physiothérapie et continuent de sous-financer des domaines clés comme la santé mentale ainsi que les soins à domicile et les services communautaires (CCSSI, 2002).

Au Canada, les secteurs public et privé se partagent le coût des médicaments. Les paiements du secteur public viennent des gouvernements, des commissions de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail ainsi que des régimes de sécurité sociale. Les particuliers paient une partie des coûts de leurs médicaments de leur poche, et les compagnies d'assurance privées (souvent fournies par l'employeur) en paient la majeure partie (ICIS, 2002).

### Les employeurs paient une très grande part des coûts de soins de santé au Canada

Au cours de ces dernières années, les gouvernements provinciaux et territoriaux de tout le Canada ont réagi aux compressions budgétaires du gouvernement fédéral en réduisant leur financement des soins de santé. Les compressions des gouvernements ont forcé le secteur privé à assumer une grande partie de ces coûts en les insérant à des programmes d'avantages sociaux. Ces stratégies ont eu comme principale conséquence d'accroître les dépenses privées en soins de santé de 25,5 % de tous les financements en soins de santé qu'elles représentaient en 1991, à 29,8 % en 1997. Cette augmentation provient du fait que les promoteurs de régimes privés (p. ex., les compagnies d'assurance) et les particuliers ont été forcés de payer ces services afin de favoriser un rétablissement rapide et, conséquemment, le retour au travail. En fait, le financement du secteur privé dans le domaine des soins de santé est devenu si crucial que les régimes d'assurance-santé privés ne peuvent plus être considérés comme des « avantages hors salaire » par les employeurs et par la population canadienne en général (CCSSI, 2002, p. 27).

La majeure partie des dépenses du secteur privé vont aux médicaments, aux frais de service d'autres professionnels des soins de santé (p. ex., les chiropraticiens, les dentistes, les physiothérapeutes, les optométristes), aux soins dentaires et aux soins de la vue. La part défrayée par le secteur privé varie selon le type de service.

### La part des coûts de soins de santé qu'assume le secteur privé a augmenté au cours de ces dix dernières années

Selon les résultats d'une étude menée en 1996 par le Conference Board, le coût des régimes d'assurance-santé supplémentaires a augmenté en moyenne de 26 % entre 1990 et 1994. Entre 1980 et 2000, le pourcentage des dépenses totales en soins de santé assumées par le secteur privé a passé de 24 % à 29 % (Bachmann, 2002), et la part des coûts de médicaments d'ordonnance financée par des compagnies privées d'assurance a augmenté de 30,5 % qu'elle était en 1985 à 33,5 % en 1999 (Bachmann, 2002). Ces augmentations découlent principalement de facteurs tels que l'augmentation du coût des médicaments et des soins dentaires, le fait qu'un plus grand nombre d'employés souscrivent à ces régimes, l'inflation et la délégation du coût des services des régimes provinciaux et territoriaux (Bachmann, 2002). On ne s'attend pas à ce que la situation actuelle s'améliore au cours des années à venir, car les experts entrevoient une augmentation de près de 20 % des demandes de remboursement pour médicaments (Bachmann, 2002). Ces données nous incitent à suggérer que les employeurs placent en très grande priorité les programmes de santé en milieu de travail afin de réduire les coûts de soins de santé qui rongent leurs bénéfices.

### Les employés paient aussi de leur poche une part considérable de leurs soins de santé

Les Canadiens et les Canadiennes paient leurs soins de santé de manière directe (de leur poche et en primes d'assurance-santé) et indirecte (leurs impôts contribuent au paiement des dépenses publiques en soins de santé) (ICIS, 2002). Un peu moins de 15 % des dépenses en soins de santé viennent directement de la poche de l'employé ou du patient (ICIS, 2003).

## 2.1.2 Combien le Canada dépense-t-il en soins de santé par rapport aux autres pays?

### Le Canada dépense plus en soins de santé que la plupart des autres pays, et pourtant les Canadiens ne sont pas en meilleure santé

Proportionnellement à l'ampleur de son économie, le Canada dépense plus en soins de santé que tous les autres pays du monde, sauf les États-Unis (13 % du PIB), l'Allemagne (10,6 % du PIB) et la France (9,5 %) (Duffy, 2002; ICIS, 2003). Les données statistiques illustrent l'énormité de ces différences :

- Après rajustement des différences dues aux taux d'échange et au coût de la vie, le Canada a dépensé plus par personne que 25 des 29 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en 1998 (ICIS, 2002).
- En 1997, le Canada s'est classé quatrième du Groupe des 7 (G-7) pays industrialisés pour le pourcentage de son PIB affecté à ses dépenses totales en soins de santé (Statistique Canada, 1999).
- En 2001, 9,3 % du PIB (mesure de rendement économique) du Canada a servi à payer les soins de santé, soit une augmentation de 7,3 % depuis 1981 (ICIS, 2003).

Selon les résultats de la recherche, les nations qui dépensent plus en soins de santé n'affichent pas de taux d'espérance de vie plus élevés (ICIS, 2003). Starfield et Shi (2002), par exemple, ont obtenu des résultats indiquant que les pays qui avaient des régimes de soins de santé primaires plus solides dépensaient moins en soins de santé. Ces conclusions reposent sur les dépenses en soins de santé par habitant en 1997, et les résultats de leur examen des régimes de soins de santé et des pratiques de 15 nations semblent favoriser les soins de santé primaires (ICIS, 2003). Lorsqu'on lui applique les critères de Starfield et Shi (voir le graphique de la p. 36 de ICIS, 2003), le Canada n'obtient qu'un résultat moyen de 17,5 — meilleur que le 6,0 des États-Unis et que le 5,5 de l'Allemagne, mais bien plus bas que celui du Royaume-Uni (29) et du Danemark (26).

## 2.2 Modèles pouvant fournir un cadre au débat

Pendant les années 1990, on utilisait deux modèles différents pour formuler les politiques et les mesures à appliquer aux soins de santé : la promotion de la santé et la santé de la population. Disons d'une façon assez simpliste que la différence principale entre ces deux modèles est que la santé de la population porte sur les déterminants sociaux de la santé, alors que la promotion de la santé est axée sur les personnes (Townson, 1999). Voici plus de détails sur chacun de ces modèles et sur ce qui les lie à la santé en milieu de travail. Nous présentons aussi, dans cette section, de l'information sur un troisième modèle lié à cette question, l'« indice de santé sociale ».

### 2.2.1 Promotion de la santé en milieu de travail

La promotion de la santé en milieu de travail est l'art et la science d'aider les employés à modifier leur style de vie afin d'atteindre un état de santé optimal (Bachmann, 2002, p. 3). L'état de santé optimal, lui, se définit comme un équilibre de la santé émotionnelle, physique, sociale, spirituelle et intellectuelle (Bachmann, 2002, p. 3). Les activités principales de promotion de la santé (comme l'éducation, l'immunisation, les campagnes de promotion de la santé) visent à éliminer les facteurs de risque pour la santé et à prévenir la maladie avant qu'elle ne se développe (ICIS, 2003). Les activités de promotion de la santé secondaires (telles que les programmes de dépistage) visent à détecter et à traiter aussitôt que possible les maladies dont les gens ne manifestent pas encore les symptômes (ICIS, 2003). À l'heure actuelle, on ne connaît pas le montant investi chaque année au Canada pour les activités et les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies en milieu de travail (ICIS, 2003). On ne sait pas non plus combien coûtent aux Canadiens les thérapies complémentaires et parallèles.

**Jusqu'à présent, les activités de santé en milieu de travail étaient toujours axées sur la santé et la sécurité au travail**

Jusqu'à présent, en élaborant des initiatives sur la santé en milieu de travail, les employeurs et les gouvernements se sont axés avant tout sur les questions de santé et de sécurité au travail (SST) liées au milieu de travail physique (p. ex., l'hygiène, la sécurité, la santé physique, les dangers), dont traitent les lois sur la SST (Bachmann, 2002; CCSSI, 2002). Les résultats de cette conformité aux lois sont très clairs. Entre 1970 et 1997, l'incidence des blessures en milieu de travail au Canada a chuté de 11,3 à 6,4 par groupe de 1 000 travailleurs, et celle de la perte de temps de travail due aux blessures a diminué de 4,3 à 3,2 par groupe de 100 travailleurs (Bachmann, 2002)[13].

Cette approche de la santé en milieu de travail axée sur la SST est nécessaire, mais elle ne suffit pas à satisfaire les besoins de la main-d'œuvre actuelle. Les entreprises devraient maintenant élargir leur perspective de la santé en milieu de travail et se concentrer sur les problèmes qui troublent la santé physique et mentale de leurs employés — problèmes tels que le conflit entre le travail et la vie personnelle, les surcharges de travail, etc. Cette tendance à étendre la définition de santé en milieu de travail au-delà de la santé et de la sécurité se manifeste dans le monde entier (CCSSI, 2002). En 2001, Smallman (tel que cité dans CCSSI, 2002) a publié un examen approfondi de 55 études empiriques, qui avaient subi un examen par les pairs, sur la question de la santé et de la sécurité. Son examen comprenait des études de recherche menées aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Canada, en Norvège, en Suède, en Allemagne, à Hong Kong, en Inde et à Taiwan. Il en a conclu que :

> Les régimes de santé et de sécurité ne devraient pas viser seulement les maux subis au travail. Ils doivent favoriser de meilleurs milieux de travail où les employés sont motivés par des gestionnaires compétents. (Smallman, 2001, p. 401)

Le CCSSI (2002) fait remarquer qu'au cours de ces dernières décennies, notre perspective de la santé en milieu de travail a changé. Nous exigeons maintenant

13 Bien que ces données signalent une amélioration considérable des conditions de travail physiques accompagnée d'une diminution de l'incidence des décès et des blessures au travail au cours de ces dernières décennies, il nous reste encore beaucoup à accomplir dans ce domaine.

qu'outre la SST, les milieux de travail adoptent des politiques, des processus et des pratiques en matière de santé qui dépassent les exigences des lois et qui soient axés sur les problèmes qui surviennent dans les milieux de travail. Autrement dit, la perspective de la santé en milieu de travail se rapproche toujours plus du modèle de la santé de la population.

## Pourquoi nous faut-il une nouvelle vision de la promotion de la santé en milieu de travail?

On peut soulever plusieurs bonnes raisons d'étendre les initiatives de promotion de la santé en milieu de travail outre les simples activités de SST. La première est que les gens eux-mêmes négligent souvent, pour une raison ou une autre, leurs habitudes de vie saine. Les chercheurs ont dressé une longue liste de raisons, y compris le manque de temps, de connaissance de la condition physique et de la nutrition, d'accès à des centres de conditionnement physique et de motivation ainsi que la fatigue, l'ennui, certains obstacles physiques, le retard du sentiment de satisfaction (on retire beaucoup plus tard les avantages des efforts qu'il faut faire maintenant) et le statut socioéconomique (Bachmann, 2002). Quelle qu'en soit la cause, cependant, les entreprises qui dépendent de leur capital humain doivent réduire la probabilité de voir leurs employés adopter des modes de vie malsains en lançant de bons programmes de promotion de la santé. La deuxième raison porte sur les avantages commerciaux de ces programmes. Bachmann (2002, p. 1) explique cela de façon excellente :

> La question n'est pas de savoir si les programmes de promotion de la santé sont des dépenses frivoles ou d'excellents investissements. Le débat devrait plutôt se dérouler à un niveau stratégique, parce qu'il est toujours plus évident que la promotion de la santé en milieu de travail intégrée à une approche plus vaste de la santé des employés génère des économies, rehausse la productivité et renforce l'engagement des travailleurs et le maintien de l'effectif.

Les travaux de Pratt (2001) sur la carte de pointage équilibrée soutiennent la troisième raison d'élargir les programmes de promotion de la santé en milieu de travail. Pratt (2001) fait remarquer qu'aujourd'hui, la plupart des entreprises lancent des initiatives de promotion de la santé, offrent de l'assurance-santé, et ainsi de suite, dans le but de faire des économies. Selon elle, ce motif ne convient plus. Elle recommande aux organismes de lancer plutôt des programmes de promotion de la santé qui réduisent les occasions de stress, de maladie et de blessures (c.-à-d. l'incidence de ces événements et leur gravité). Elle soutient cette suggestion en assurant qu'il en coûtera beaucoup moins à l'organisme pour réduire la fréquence de ce genre de situation que pour guérir un employé malade. Bachmann (2002, p. 1) se dit d'accord avec ce point de vue et ajoute que de nombreux grands organismes s'éloignent de la perspective qui se limite aux mesures de rendement du capital investi en liant les programmes de santé en milieu de travail à la gestion du capital humain, à la notion d'« employeur de choix » ou aux « rapports sur les trois piliers du développement durable »[14].

## On débat encore sur les preuves appuyant les programmes de santé en milieu de travail

Le débat sur la valeur des programmes de santé en milieu de travail fait toujours rage du point de vue du rendement du capital (Bachmann, 2002). Les méthodes de recherche surtout, comme l'autosélection, la courte durée des évaluations, la subjectivité des mesures prises, la diffusion de l'information et les facteurs qui créent de l'interférence et de la confusion subissent des critiques ouvertes (Bachmann, 2002). Ceci dit, Bachmann (2002) présente plusieurs exemples d'économies que peuvent générer les programmes de promotion de la santé :

- L'université du Michigan a indiqué que pour chaque dollar US que les organismes investissent dans des programmes de santé en milieu de travail, ils économisent de 1,50 à 2,50 $US en coûts de soins de santé et d'absentéisme.
- Steelcase a observé, sur une période de trois ans, une diminution de la moyenne des coûts des soins de santé de 1 122 $US à 993 $US pour les employés qui avaient délaissé leurs modes de vie à risque élevé pour un mode de vie plus sain.
- Selon les résultats de l'analyse de rentabilité de son programme Mieux-être que B.C. Hydro a menée en 1996, on a économisé 3 $CAN pour chaque dollar investi dans ce programme.

Bachmann fait aussi remarquer que pour tirer profit d'un programme de promotion de la santé, les organismes doivent faire deux choses : (1) adopter un vaste ensemble de programmes, et (2) adopter une approche holistique plutôt que de se concentrer sur un seul programme

14 Les rapports sur les trois piliers du développement durable, selon Bachmann (2002), sont axés sur trois éléments de la durabilité organisationnelle : (1) l'économie (salaires, avantages sociaux, productivité de la main-d'œuvre, création d'emplois, formation et perfectionnement), (2) l'environnement (répercussions des procédés, des produits et des services sur l'air, l'eau, le sol, la biodiversité et la santé des humains) et (3) la société (santé et sécurité en milieu de travail, maintien de l'effectif, droits des travailleurs et des employeurs, conditions de travail).

(Bachmann, 2002). Elle souligne en outre que les résultats de la recherche ont démontré que les programmes de promotion de la santé qui comprennent du counseling, qui offrent aux employés un choix d'interventions et qui tiennent compte de l'esprit général de l'entreprise réussissent mieux à réduire les facteurs de risque que ceux qui offrent un nombre plus limité d'interventions (Bachmann, 2002).

**Mais bien des gens n'accueillent pas à bras ouverts l'approche axée sur la promotion de la santé**

Bien des gens n'aiment pas l'approche axée sur la promotion de la santé en milieu de travail. Les critiques de l'approche axée sur la promotion de la santé, comme Townson (1999), soulignent que cette stratégie individualise le nœud du problème ainsi que plusieurs de ses solutions. Elle permet aux entreprises et aux gouvernements de ne pas aborder les problèmes liés au milieu de travail, à la répartition des revenus, au contrôle sur le milieu et au système de soins de santé. Townson (1999, p. 6) résume ce point de vue en affirmant que l'approche axée sur la promotion de la santé exhorte les gens à adopter de meilleurs modes de vie en les rendant implicitement responsables d'être tombés malades.

### 2.2.2 Le modèle de la santé de la population

Le modèle de la promotion de la santé, qui fait concurrence au précédent, est l'approche de la santé de la population telle que proposée par Fraser Mustard. Il définit la santé de la population comme étant une étiquette servant à décrire l'analyse de l'influence principale qu'ont les facteurs sociaux, physiques, comportementaux et biologiques sur le niveau général d'état de santé au sein de groupes identifiables de la population et entre eux (Townson, 1999, p. 6). Cette approche de la santé de la population vise à prévenir les éventuels problèmes de santé avant qu'ils ne nécessitent un traitement par le système de soins de santé (propos du sénateur Kirby tels que cités dans Bachmann, 2002, p. 16). L'approche de la santé de la population se fonde sur l'idée selon laquelle il est possible de prévenir les problèmes de santé en modifiant les effets des facteurs culturels, économiques et sociaux sur la santé des populations.

**Le modèle de la santé de la population part du principe selon lequel la santé dépend de plusieurs facteurs autres que les soins de santé**

Selon le modèle de la santé de la population, les services de soins de santé ne constituent pas la seule (ou peut-être même pas la plus importante) influence sur la santé (Townson, 1999). Il laisse entendre que les politiques visant à améliorer la santé de la population devraient plutôt aborder les facteurs suivants : les conditions de travail et de vie, le milieu de travail physique, les pratiques personnelles de santé (p. ex., les modes de vie) et les services de soins de santé (Townson, 1999).

Le modèle de santé en milieu de travail reposant sur la santé de la population aborde les problèmes de trois points de vue :

- le milieu de travail physique (p. ex., les questions de santé et de sécurité au travail);
- le milieu de travail psychosocial (p. ex., les pratiques et les stratégies de gestion);
- les pratiques de santé personnelles (p. ex., le choix d'un mode de vie et les habitudes d'hygiène) (Bachmann, 2002).

Le milieu de travail psychosocial a été défini comme étant un ensemble de facteurs organisationnels au travail liés à l'interaction entre l'employé, son travail et l'organisme (Bachmann, 2002, p. 10).

**Le Canada a principalement axé sa politique de soins de santé sur le système de soins de santé même**

À l'heure actuelle, les facteurs soulignés dans le modèle de la santé de la population comme ayant une incidence sur la santé (p. ex., le milieu de travail, la capacité d'équilibrer le travail et la vie personnelle) ne sont généralement pas compris dans la politique nationale sur la santé. Townson (1999) souligne l'écart immense entre ce que le gouvernement traite comme des questions préoccupantes (p. ex., les facteurs socioéconomiques) et les mesures prises à l'heure actuelle dans le domaine de la santé de la population. Elle fait remarquer que les politiques sociales et économiques qui tentent de résoudre ces problèmes socioéconomiques clés n'ont pas encore été incorporées aux stratégies qui visent à améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes (p. 8).

Les travaux effectués par le Forum national sur la santé vers le milieu des années 1990 appuient le point de vue de Townson (1999). Après avoir mené des consultations et de la recherche pendant deux ans sur la santé de la population, ce groupe a présenté les conclusions suivantes dans un rapport publié à la fin de 1996 :

> Malgré tout ce que nous savons sur les déterminants de la santé, le grand public continue à s'inquiéter au sujet du domaine des soins de santé, surtout lorsque les services semblent menacés. De plus, les

> gouvernements et les administrateurs publics n'ont pas démontré, dans leur prise de décisions, qu'ils comprenaient les effets des déterminants sociaux et économiques sur la santé des particuliers et des collectivités (tel que cité dans Townson, 1999, p. vii).

Au Canada comme dans de nombreux pays industrialisés, la politique sur la santé se centre sur le système de soins de santé même (Townson, 1999). Le débat sur la politique des soins de santé repose généralement sur la légitimité des demandes qu'adressent au système de soins de santé divers professionnels de la santé (médecins, hôpitaux, infirmières) et bénéficiaires (Townson, 1999). Comme Townson (1999, p. 19) le fait remarquer, on ne porte que peu d'attention à la question qui est peut-être la plus importante de toutes : Quelles réformes contribueraient à améliorer la santé de la population?

### 2.2.3 L'indice de santé sociale

Jusqu'à présent, on a mesuré le niveau de vie des sociétés en fonction de leur PIB par habitant (Townson, 1999). Au cours de ces dix dernières années, cependant, on observe une tendance à étendre cet indice en y ajoutant des indicateurs sociaux et de bien-être. Statistique Canada (1999), par exemple, suggère qu'étant donné que les indices économiques comme le PIB ne tiennent pas compte des activités non économiques et des torts que cause l'activité économique, ils ne sont que de mauvais indices de la santé sociale. Il est donc crucial qu'on élabore un indice global de la santé sociale qui donne une idée précise du lien entre la santé sociale, le bien-être et la santé en général, vu le nombre élevé d'indices sociaux potentiellement importants. Pour régler ce problème, Brink et Zeesman, de Développement des ressources humaines Canada, ont élaboré une mesure composite (l'indice de santé sociale) en 1997. Cet indice se compose de 15 indicateurs sociaux dont les effets sur la santé globale de la population telle qu'on la définit habituellement (p. ex., la mortalité infantile, le chômage, les homicides, le fossé entre riches et démunis, le nombre de bénéficiaires du Régime d'aide sociale canadien) ont été démontrés. Statistique Canada (1999) indique que l'indice de santé sociale fournit une perspective plus globale de la santé de la société que les mesures habituelles du progrès telles que le PIB et l'indice du développement humain (qu'utilise l'ONU pour mesurer la qualité de vie).

L'indice de santé sociale fournit deux renseignements pertinents à la présente étude : (1) un aperçu de la santé de la société canadienne qui comprend les notions de santé et de bien-être de la société et (2) de l'information sur l'évolution de la santé sociale du Canada depuis 1970 (Statistique Canada, 1999).

Selon Statistique Canada (1999), l'indice de santé sociale a connu une hausse impressionnante au Canada entre 1970 et 1980. Il a cependant atteint son point culminant en 1980. Depuis, il a graduellement diminué[15]. En 1995, sa valeur était de 50, ce qui signifie que ses indicateurs n'étaient qu'à la moitié de leur niveau maximal atteint au cours des 25 ans suivant 1980. En un contraste surprenant, le PIB du Canada a continué d'augmenter fortement de 1970 à 1995 (Statistique Canada, 1999).

Cet indice donne à penser que la qualité de vie et la santé sociale des Canadiens se sont détériorées depuis le début des années 1980, pendant que le rendement économique s'accroissait. Comme cette corrélation négative s'est maintenue durant plusieurs années alors que la santé sociale et le rendement économique étaient étroitement liés, ces données portent à croire que les choix politiques effectués il y a plus de dix ans ont poussé ces deux tendances à s'écarter l'une de l'autre. Par conséquent, en orientant les politiques économiques et sociales dans une voie différente, on réussira peut-être à rétablir la santé sociale du pays (Statistique Canada, 1999).

## 2.3 La santé en milieu de travail

Cette section commence par un résumé de la documentation qui préconise l'investissement dans la santé en milieu de travail. Elle se termine par une explication objective des raisons pour lesquelles l'investissement dans ce domaine constitue une exception à la règle plutôt que la norme.

### 2.3.1 Pourquoi investir dans la santé en milieu de travail?

Si les employés représentent vraiment la ressource la plus précieuse des organismes, pourquoi ceux-ci ne créent-ils pas tous des milieux de travail qui favorisent la santé et le bien-être de leurs employés? Pourquoi les gouvernements et les organismes débattent-ils encore de cette question alors qu'une masse de données probantes lient les milieux de travail favorables au succès des organismes (Bachmann, 2002)?

15 À l'exception d'un faible et bref redressement à la fin des années 1980.

**Toutes les routes mènent... aux profits**

Les données publiées démontrent de façon convaincante qu'en réglant les problèmes de santé en milieu de travail et le conflit entre la vie au travail et la vie personnelle, on exercera un effet fortement positif sur la société canadienne, sur son système de soins de santé et sur la capacité concurrentielle du Canada dans les marchés mondiaux (pour des exemples, voir Schmidt, 1999; Chen et coll., 2000; Bachmann, 2002; Duxbury et Higgins, 2003). Voici un échantillon de ces données – tous ces exemples et ces références sont cités dans CCSSI (2002) :

- En 2000, les membres de l'Association des compagnies d'assurances de personnes (ACAP) ont versé 12,5 milliards de dollars au chapitre des indemnités d'assurance-santé au Canada. Ces assurances-santé incluaient les médicaments, les autres coûts médicaux et hospitaliers ainsi que le décès et l'invalidité dus à un accident. En 1990, l'ACAP n'avait versé que 5,9 milliards de dollars en indemnités.
- En 2002, Statistique Canada a remarqué que l'absentéisme au Canada avait augmenté, en 2001, à 8,5 jours par année pour chaque travailleur à plein temps alors qu'il était de 7,4 jours par année en 1996. Le Canada a perdu 85,2 millions de journées de travail pour des raisons personnelles en 2001, et seulement 65,5 millions de journées en 1996. (Nota : Près de 75 % du temps perdu pour raisons personnelles est dû à la maladie et à l'invalidité.) On estime que cet absentéisme coûte aux entreprises canadiennes environ 8,5 milliards de dollars par année.
- Les résultats d'une étude menée en 2000 par Mercer Consulting sur 41 grands employeurs canadiens indiquent que ces organismes ont versé de 2 à 8 % de leur rémunération à des employés qui s'étaient absentés. Ces estimations ne comprennent que les coûts directs; elles ne comprennent pas les coûts de remplacement de ces travailleurs ni les absences occasionnelles.
- Les résultats de l'étude de Watson Wyatt intitulée *Staying@Work* menée en 2000-2001 sur 281 employeurs canadiens ont indiqué que les coûts directs de l'absentéisme et de l'invalidité constituent 7,1 % de la paie. En y incluant les coûts indirects des heures supplémentaires et du remplacement des travailleurs (6,2 %) ainsi que de la perte de productivité (4 %), on arrive à une estimation de 17 % de la paie.
- L'Association des commissions des accidents du travail du Canada a compté qu'en 2000, on avait soumis 392 502 nouvelles demandes de remboursement pour temps perdu. Selon les estimations, ces demandes s'élevaient à plus de 4 milliards de dollars.
- Selon les résultats d'une étude de Santé Canada menée en 2001 par Stephens et Joubert, les troubles de santé mentale coûtent 14 milliards de dollars au système de soins de santé d[u] Canada.
- L'ACAP estime que la dépression coûte 300 millions de dollars par année en paiements d'invalidité à long terme. L'Organisation mondiale de la Santé prévoit que la dépression deviendra la deuxième cause d'invalidité (après les maladies cardiaques, qui en seront la cause primordiale) d'ici 2020.
- La société BCE Emergis a remarqué que 8,7 % des demandes d'indemnité qu'elle reçoit (soit 8,7 millions de dollars) couvrent des médicaments d'ordonnance traitant la dépression. Cette catégorie de médicaments était la plus importante de sa liste des 20 maladies les plus dispendieuses pour 2001.
- En 2001, environ la moitié des demandes d'indemnité pour invalidité à court terme et à long terme représentaient des troubles mentaux et nerveux – toute une augmentation comparativement à 30 % en 1990 et à 15 % en 1980.

Les données sur les coûts provenant de notre propre recherche (voir la section 1.2) établissent aussi un lien entre le conflit entre le travail et la vie personnelle et les profits des organismes.

Pourquoi les entreprises n'investissent-elles pas dans des programmes de santé en milieu de travail? Selon les résultats de recherche publiés, la plupart des entreprises canadiennes ne prennent *pas* la décision stratégique d'appuyer les programmes de santé en milieu de travail. Elles n'associent pas non plus la santé en milieu de travail à la durabilité commerciale et aux profits de l'entreprise. Au contraire, bon nombre d'entre elles considèrent l'assurance-santé comme une forme de rémunération qui leur permet de réduire leurs impôts sur le revenu (CCSSI, 2002).

### 2.3.2 Pourquoi les organismes et les gouvernements n'abordent-ils pas les problèmes de santé en milieu de travail?

Les dirigeants jouent un rôle crucial à la création de milieux de travail sains, car ils prennent la plupart des décisions sur la façon de faire le travail, les échéances ainsi que les endroits et les conditions dans lesquels les

employés l'accomplissent (Bachmann, 2002). Vu les données probantes présentées, pourquoi les dirigeants n'adoptent-ils pas le concept de la santé en milieu de travail?

### Manque de leadership et concentration sur les résultats à court terme

Voici les problèmes auxquels les chercheurs se sont heurtés en soutenant l'importance de la santé en milieu de travail (pour plus de détails à ce propos, voir Bachmann, 2002) :

- Les coûts de l'amélioration de la santé des employés sont payables immédiatement, alors que les avantages et les économies à en retirer ne se manifestent que des années plus tard;
- Dans certains cas, les programmes de prévention accroissent les frais en soins de santé des organismes, car ils doivent payer pour les troubles médicaux décelés chez leurs employés et qui nécessitent des traitements continus;
- Les syndicats craignent qu'en ajoutant le bien-être des employés aux objectifs de la santé et la sécurité, on diluera les efforts consacrés à éliminer les dangers physiques en milieu de travail;
- L'approche intégrée de la santé en milieu de travail nécessite un niveau de coordination et de coopération entre les employés, les employeurs et les syndicats qui n'existe tout simplement pas dans bien des entreprises;
- De nombreux groupes qui se consacrent à la santé des employés (comme les ressources humaines, les praticiens du bien-être, les gestionnaires opérationnels, les spécialistes en SST) se cloisonnent en groupes professionnels. Ils risquent donc fortement de dédoubler leurs activités, ce qui risque de réduire les résultats positifs des programmes. De plus, il n'y a que très peu de synergie entre les différents groupes.

L'ICIS (2002) ajoute les obstacles suivants à cette liste :

- Les gouvernements fédéral et provinciaux n'incitent pas réellement (sauf dans le cas des exigences législatives sur la santé et la sécurité au travail) les employeurs et les autres fournisseurs d'assurance-santé à se concentrer sur les milieux de travail;
- Les résultats de recherche publiés n'ont pas encore démontré à quel degré les initiatives sur la santé dans les milieux de travail produisent un rendement positif ou un accroissement de la productivité;
- Les gouvernements n'offrent que peu de leadership et d'aide dans le domaine de la santé en milieu de travail.

Nous espérons que les résultats de la présente étude de recherche pousseront les gouvernements et les organismes à l'action.

# Chapitre 3
## *Méthodologie*

Ce chapitre sur la méthodologie se subdivise en quatre sections. Nous présentons d'abord des renseignements sur l'échantillon. La section 2 décrit ensuite la manière dont nous avons mesuré les constructs clés tels que la santé perçue et le conflit entre le travail et la vie personnelle. À la section 3, nous présentons brièvement les techniques statistiques utilisées pour analyser les données. La dernière section contient un aperçu des protocoles de rapport suivis.

## 3.1 Qui a participé à l'étude nationale sur l'équilibre entre le travail, la famille et le style de vie?

Les répondants de l'étude « Équilibre entre le travail, la famille et le style de vie : une étude nationale » sont issus de 100 entreprises canadiennes de 500 employés et plus. Quarante de ces entreprises sont exploitées dans le secteur privé, 22, dans le secteur public et 38, dans le secteur sans but lucratif (SBL). L'échantillon est constitué d'entreprises privées du secteur des télécommunications, de la haute technologie, de la vente au détail, du transport, de l'industrie pharmaceutique, des services financiers, du divertissement, des ressources naturelles et de la fabrication. En ce qui a trait au secteur public, 7 administrations municipales, 7 ministères provinciaux et 8 ministères ou organismes fédéraux ont participé à l'enquête. Quant aux organismes sans but lucratif, l'échantillon comprend 15 établissements hospitaliers ou conseils régionaux de santé, 10 conseils scolaires, 8 universités et collèges et 5 « autres » organismes qui entrent dans la catégorie d'organismes sans but lucratif ou de services publics en général (p. ex., services sociaux, organismes de bienfaisance, services de protection).

Un total de 31 571 personnes ont participé à l'étude. La répartition de l'échantillon s'est faite de la façon suivante :

- Un peu moins de la moitié (46 %) des répondants travaillent dans le secteur public; 33 % travaillent dans le secteur SBL, et 20 % sont employés dans une entreprise privée.
- Un peu plus de la moitié des répondants sont des femmes (55 %).
- Un peu moins de la moitié des répondants (46 %) occupent des postes de gestion et professionnels, 40 % des postes non professionnels (p. ex., travail de bureau ou administratif, vente au détail, production) et 14 % des postes techniques.
- Tout juste un peu plus de la moitié des personnes composant l'échantillon (56 %) ont des responsabilités de garde de personnes à charge (c.-à-d. qu'elles consacrent une heure ou plus par semaine à prodiguer des soins aux enfants ou aux aînés).

On trouve la description complète de l'échantillon dans Higgins et Duxbury (2002). On trouvera aussi plus de détails sur le conflit entre le travail et la vie personnelle et sur d'autres données tirées de la présente étude dans Duxbury et Higgins (2003). Voici un résumé des principales conclusions qui intéresseront les lecteurs.

### Profil démographique des répondants

L'échantillon du sondage de 2001 est bien équilibré en ce qui a trait à l'âge, à la région, à la taille de la collectivité, au type d'emploi, à la scolarité et à la formation, au revenu personnel, au revenu du ménage et à la situation financière de la famille. À bien des égards, les caractéristiques démographiques de l'échantillon correspondent aux données nationales, suggérant ainsi que les résultats de ce sondage peuvent être généralisés au-delà de la recherche. On estime qu'environ la moitié des répondants au sondage peuvent être considérés comme des travailleurs du savoir masculins et féminins ayant fait des études avancées. La majorité des répondants composent des familles à double revenu et disent vivre « bien » (mais non dans l'opulence) grâce à deux revenus d'emploi permanents. Celles et ceux qui forment des familles traditionnelles où l'homme joue le rôle de soutien de famille sont minoritaires (5 % de l'échantillon et 11 % des hommes de l'échantillon) et beaucoup moins nombreux que les répondants qui élèvent seuls leurs enfants. Le fait que les familles traditionnelles ont tendance à reposer sur un homme gestionnaire ou professionnel hautement rémunéré suggère que cette situation familiale se limite aux ménages gagnant un revenu supérieur.

L'âge moyen des répondants est de 42,8 ans. À cet âge, les travailleurs ont atteint la mi-carrière ou arrivent à un stade de leur cycle de vie professionnelle où l'avancement

professionnel est rapide, où les enfants qui ont atteint l'âge adulte vivent encore sous leur toit (le « nid plein » du cycle de vie personnelle) et pendant lequel s'opère la transition de la quarantaine du développement adulte. À chacun de ces stades, les adultes subissent plus de stress et s'acquittent de responsabilités personnelles et professionnelles plus grandes. Trois quarts des personnes sondées sont présentement mariées ou vivent en union libre. De cette proportion, 69 % font partie de ménages bi-actifs, 11 % sont des parents seuls et 12 % vivent dans les milieux ruraux. Une personne sur trois occupe un poste administratif ou de bureau, compte moins d'années de scolarité (c'est dire que sa mobilité d'emploi s'en trouve réduite), et son revenu et celui de son ménage sont moindres. Le quart des répondants disent que leur budget est serré; 29 % gagnent moins de 40 000 $ par an, et un peu plus du quart font partie d'une famille dont le revenu est inférieur à la moyenne canadienne. Parmi les répondantes et répondants, une personne sur trois ne compte que des études secondaires ou moins.

### Échantillon de profil : les niveaux de conflit entre le travail et la vie personnelle

Dans le présent rapport, nous nous concentrons sur quatre types de conflit entre le travail et la vie personnelle : surcharge de rôles, interférence du travail dans la famille, interférence de la famille dans le travail et pression sur le fournisseur de soins.

La surcharge de rôles, c'est avoir trop de choses à faire en une période donnée. Cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle survient quand les exigences totales en matière de temps et d'énergie associées aux activités à entreprendre sont trop importantes pour remplir ses obligations adéquatement ou sans inquiétude. La majorité des employés de notre échantillon (58 %) est aux prises avec des niveaux élevés de surcharge de rôles. Trente pour cent rapportent des niveaux modérés de surcharge de rôles. Seulement 12 % des répondants de cet échantillon mentionnent des niveaux faibles de surcharge de rôles.

L'interférence du travail dans la famille survient quand les exigences et responsabilités professionnelles rendent difficile l'exécution des responsabilités familiales. Un Canadien sur quatre participant à cet échantillon signale que ses responsabilités professionnelles entravent sa capacité à remplir ses responsabilités familiales. Près de 40 % des répondants rapportent des niveaux modérés d'interférence. La proportion de l'effectif canadien qui est aux prises avec des niveaux élevés d'interférence du travail dans la famille n'a pas considérablement changé au cours de la dernière décennie.

L'interférence de la famille dans le travail se produit quand les exigences et responsabilités familiales rendent difficile l'exécution des responsabilités professionnelles. Seulement 10 % des Canadiens de l'échantillon rapportent des niveaux élevés d'interférence de la famille dans le travail, tandis qu'un tiers signalent des niveaux modérés d'interférence de ce genre. Le pourcentage de travailleurs canadiens qui donnent la priorité à leur famille plutôt qu'à leur travail a doublé ces dix dernières années.

L'expression « pression sur le fournisseur de soins » est définie comme le stress physique, financier et mental lié à la prestation de soins et d'aide à un handicapé ou à un aîné à charge. Environ une personne sur quatre subit des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins[16]. Les autres répondants (74 %) subissent rarement une pression sur le fournisseur de soins.

Qui, dans cet échantillon, a le plus de mal à concilier le travail et la vie personnelle? La preuve est évidente : les travailleurs canadiens qui ont la garde de personnes à charge (c.-à-d. charge des enfants ou des aînés, ou les deux). Ils signalent des niveaux plus élevés de conflit entre le travail et la vie personnelle que ceux qui n'en ont pas, quelle que soit la façon dont on évalue le conflit entre le travail et la vie personnelle. La conclusion selon laquelle les employés qui n'ont pas de responsabilités de garde de personnes à charge réussissent mieux à équilibrer leur travail et leur vie familiale peut être attribuée à deux facteurs : moins d'exigences à l'extérieur du travail et plus de latitude pour régler des problèmes liés au travail (p. ex., plus de contrôle sur leur temps).

Le type d'emploi est lié à toutes les mesures du conflit entre le travail et la vie personnelle, sauf une de celles que nous examinons dans cette étude. Les employés qui font face à plus d'exigences au travail (c.-à-d. les gestionnaires et les professionnels) sont plus susceptibles que les employés qui occupent des postes « autres » de connaître des niveaux élevés de surcharge de rôles et d'interférence du travail dans la famille. Ceux qui occupent des postes « autres » sont toutefois plus susceptibles de mentionner des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins en raison du stress financier associé aux soins aux aînés.

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de signaler des niveaux élevés de surcharge de rôles et de pression sur le fournisseur de soins. Ceci correspond au fait que les femmes consacrent plus d'heures par semaine

16 Neuf pour cent trouvent que les soins aux aînés constituent une source de tension plusieurs fois par semaine ou tous les jours. Dix-sept pour cent ont cette impression environ une fois par semaine.

que les hommes à des activités non liées au travail, comme les soins aux enfants et aux aînés, et sont plus susceptibles d'assumer des responsabilités principales concernant les tâches non liées au travail.

## 3.2 Mesure des constructs clés

Un sondage de 12 pages a été réalisé dans un format sensible aux marques, un code à barres unique ayant été lié à chaque organisation qui participait à l'étude, pour recueillir les données. Le sondage est divisé en neuf sections : votre emploi, votre gestionnaire, la gestion du temps, le travail, la famille et la vie personnelle, les formules de travail, le milieu de travail, la famille, la santé mentale et physique, et les données sur le répondant. Pratiquement toutes les échelles utilisées dans le questionnaire sont des mesures psychométriques qui ont été validées dans d'autres études.

L'un des objectifs principaux de la présente recherche est d'appliquer une valeur monétaire au conflit entre le travail et la vie personnelle. Pour ce faire, nous avons élaboré un certain nombre de questions sur l'usage que font les répondants du système de santé canadien et des médicaments sur ordonnance. Ces mesures s'inspirent des questions élaborées par Moos et coll. (1988) pour leur questionnaire *Health and Daily Living* (HDL). L'information sur les constructs utilisée aux fins de l'analyse est présentée dans les encadrés 3 (définition du conflit entre le travail et la vie personnelle), 4 (mesure du conflit entre le travail et la vie personnelle) et 5 (résultats relatifs à la santé et aux soins de santé).

### Encadré 3

#### Définition du conflit entre le travail et la vie personnelle

Le conflit entre le travail et la vie personnelle est globalement conceptualisé dans cette étude pour inclure la surcharge de rôles, l'interférence du travail dans la famille, l'interférence de la famille dans le travail et la pression sur le fournisseur de soins. Voici la définition *ad hoc* de chacun de ces concepts.

**La surcharge de rôles**, c'est avoir trop de choses à faire en une période donnée. Cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle survient quand les exigences totales en matière de temps et d'énergie associées aux activités à entreprendre sont trop importantes pour remplir ses obligations adéquatement ou sans inquiétude.

**L'interférence entre les rôles**, c'est quand des demandes incompatibles rendent difficile, voire impossible l'exécution de toutes les tâches d'un employé. L'interférence entre les rôles a deux volets :

- **Interférence du travail dans la famille** : Ce type d'interférence entre les rôles survient quand les exigences et responsabilités professionnelles rendent difficile la réalisation des responsabilités familiales.
- **Interférence de la famille dans le travail** : Ce type d'interférence entre les rôles se produit quand les exigences et responsabilités familiales rendent difficile la réalisation des responsabilités professionnelles.

**La pression sur le fournisseur de soins** : La pression sur le fournisseur de soins est une conséquence pouvant découler de la responsabilité de prendre soin d'un enfant ou d'une personne âgée. La pression sur le fournisseur de soins est un concept à plusieurs dimensions défini du point de vue des « fardeaux » ou des changements dans la vie quotidienne du fournisseur de soins qui peuvent être attribués au besoin de venir en aide (Robinson, 1983). Quatre types de pressions sur le fournisseur de soins découlant du stress ont été définis : les pressions psychologiques (c.-à-d. dépression, anxiété, épuisement affectif), les pressions physiques, les pressions financières et les pressions familiales. On doit souligner que les recherches sur la pression sur le fournisseur de soins portent généralement sur les pressions associées à la prestation de soins aux aînés ou à des personnes à charge souffrant d'un handicap plutôt qu'à celles liées aux soins à l'enfant.

### Encadré 4

#### Mesure du conflit entre le travail et la vie personnelle

On a évalué la **surcharge de rôles** dans cette étude à l'aide de cinq éléments tirés de l'échelle élaborée par Bohen et Viveros-Long (1981). La surcharge de rôles est calculée en additionnant la moyenne de ces cinq éléments. Des pointages élevés démontrent une surcharge de rôles importante. Dans cette étude, le coefficient alpha de Cronbach pour cette échelle est de 0,88.

On a mesuré **l'interférence du travail dans la famille** à l'aide de l'échelle de Likert à cinq éléments mise au point par Gutek, Searle et Kelpa (1991). L'interférence du travail dans la famille est calculée en additionnant la moyenne de ces cinq éléments. Des pointages élevés démontrent de l'interférence perçue. Dans cette étude, le coefficient alpha de Cronbach pour cette échelle est de 0,92.

On a évalué **l'interférence de la famille dans le travail** à l'aide de l'échelle de Likert à cinq éléments mise au point

par Gutek, Searle et Kelpa (1991). L'interférence de la famille dans le travail est calculée en additionnant la moyenne de ces cinq éléments. Des pointages élevés démontrent de l'interférence perçue. Dans cette étude, le coefficient alpha de Cronbach pour cette échelle est de 0,87.

La **pression sur le fournisseur de soins** a été quantifiée à l'aide d'une version modifiée à trois éléments de l'index pression sur le fournisseur de soins de Robinson (1983) (les pressions familiales, un facteur familial important, ont été évaluées séparément). Cet index mesure le fardeau objectif (plutôt que subjectif) dans quatre domaines. Les répondants devaient indiquer (à l'aide de l'échelle de Likert à cinq éléments) à quelle fréquence ils éprouvaient des problèmes à avoir soin d'un aîné ou d'un parent handicapé ou d'une personne à charge à cause de pressions physiques, de contraintes financières ou parce qu'ils se sentaient complètement dépassés. Voici les choix de réponse possibles : jamais, tous les mois, toutes les semaines, plusieurs fois par semaine ou quotidiennement. La pression totale sur le fournisseur de soins est calculée en additionnant la moyenne de ces trois facteurs. Des pointages élevés démontrent des pressions plus grandes. Cette mesure a été utilisée dans un certain nombre d'études avec succès (Robinson rapporte un coefficient alpha de Cronbach de 0,91). Dans cette étude, le coefficient alpha de Cronbach est de 0,78.

## Encadré 5

### Mesure des résultats

**La perception de la santé** a été mesurée en posant la question suivante aux répondants : « Comparativement à d'autres personnes de votre âge, comment décririez-vous votre état de santé habituel? » Une échelle de Likert de cinq points définis comme suit a été utilisée pour les réponses : 1 = mauvais, 2 = moyen, 3 = bon, 4 = très bon et 5 = excellent. Cette mesure de l'état de santé a été jugée par Statistique Canada (1999) comme étant une bonne variable explicative de la présence de problèmes de santé mesurés plus « objectivement » ainsi que de l'utilisation des soins de santé et de la longévité.

**L'utilisation du système de santé canadien** par les employés canadiens a été estimée en demandant aux répondants de préciser (par oui ou non) s'ils avaient, au cours des six derniers mois :

- consulté un médecin pour une autre raison que pour un bilan de santé ou un motif lié à la maternité;
- consulté un autre professionnel de la santé (p. ex., physiothérapeute, chiropraticien);
- consulté un professionnel de la santé mentale (p. ex., psychologue, psychiatre, conseiller);
- été hospitalisés (mesure en nombre de jours; à l'exception des visites à l'urgence ou des traitements en consultation externe);
- eu besoin personnellement d'obtenir des soins médicaux au service d'urgence d'un hôpital (sont exclues les visites au service d'urgence pour d'autres membres de la famille);
- visité un hôpital ou une clinique médicale dans le cadre d'une consultation externe pour des examens médicaux ou des procédures médicales (p. ex., ultrasons, ECG, chirurgie d'un jour).

On a ensuite demandé aux répondants qui ont indiqué avoir eu recours à un des services ci-dessus de consigner le nombre de visites qu'ils avaient effectuées (ou, dans le cas des hospitalisations, le nombre de jours qu'ils avaient passés dans un hôpital) dans la période de six mois. Ces mesures sont utilisées de deux façons dans l'étude : (1) comme indicateur des sollicitations relatives aux différentes facettes du système de soins de santé, et (2) comme indicateurs (quoique élémentaires) de la santé physique et mentale d'un employé.

La première question de la série (visites chez un médecin) a été élaborée par Moos, Cronkite, Billings et Finney (1988) pour être utilisée dans le questionnaire Health and Daily Living Form. Des études précédentes ont déterminé que cette mesure constitue un bon indicateur de l'état de santé réel et qu'elle reflète fidèlement les visites réelles chez le médecin. En conséquence, les autres mesures d'utilisation ont été conçues en se servant du même format.

**Utilisation de médicaments sur ordonnance** : La perception de l'utilisation des médicaments sur ordonnance a également fait l'objet de la présente étude. On a demandé aux répondants s'ils avaient, au cours des six derniers mois, acheté des médicaments sur ordonnance pour leur usage personnel (oui ou non). On a demandé à ceux qui ont répondu oui de préciser environ quelles sommes ils avaient dépensées en médicaments sur ordonnance au cours des six derniers mois. Les choix suivants leur étaient proposés : 0 $, moins de 50 $, de 50 $ à 99 $, de 100 $ à 149 $, de 150 $ à 199 $, de 200 $ à 299 $, de 300 $ à 399 $ et 400 $ ou plus. On leur a aussi demandé de préciser qui avait payé les médicaments sur ordonnance qu'ils avaient achetés pour leur utilisation personnelle. Les réponses allaient des répondants qui payaient 100 % aux entreprises qui payaient 100 %. Cette mesure a été élaborée pour la présente étude.

### 3.2.1 Résultats relatifs à la santé et aux soins de santé

Notre étude a produit des résultats pour les aspects suivants de la santé et des soins de santé : la santé perçue, l'usage du système de santé canadien et l'usage perçu des médicaments sur ordonnance. Nous présentons ci-dessous et dans l'encadré 5 des détails sur chacune de ces mesures.

#### La santé perçue

Les mesures de l'état de santé peuvent être subjectives (p. ex., l'auto-évaluation de son état de santé) ou objectives (comme la mesure de la tension artérielle). Elles peuvent décrire la santé directement (p. ex., l'incidence du cancer) ou indirectement (p. ex., l'usage des soins de santé comme indicateur approximatif de l'existence d'un trouble de santé) (Statistique Canada, 1999). La mesure de l'état de santé autoévalué utilisée dans cette étude (voir l'encadré 5) a été créée par Statistique Canada; elle résume la perception qu'a le répondant de sa santé physique et mentale conformément à ses valeurs personnelles (Statistique Canada, 1999, p. 217). Statistique Canada (1999) a découvert que cet indicateur de l'état de santé prédisait adéquatement la présence de problèmes de santé mesurés plus « objectivement » ainsi que l'usage des soins de santé et la longévité.

**Utilisation du système de santé canadien :** Dans cette étude, nous examinons le degré auquel les travailleurs canadiens utilisent cinq composantes du système de santé canadien : les médecins, les autres professionnels des soins de santé, les professionnels de la santé mentale, les hôpitaux (salles d'urgence et hospitalisations de plus d'une journée) et les cliniques de consultation externe. Bien que l'usage des services de soins de santé soit un indicateur moins satisfaisant de l'état de santé que les mesures de la santé physique comme celles de la tension artérielle et du cholestérol, il est utile pour mesurer la santé (Statistique Canada, 1999). De plus, l'information sur les consultations chez les médecins, les autres professionnels de soins de santé et le recours aux services hospitaliers peut signaler l'émergence de tendances qui pourraient avoir des répercussions sur les budgets de soins de santé (Statistique Canada, 1999) et nous permettre d'estimer les coûts que le conflit entre le travail et la vie personnelle inflige à la société canadienne sous forme de pressions sur le système de soins de santé.

**Utilisation de médicaments sur ordonnance :** L'usage des médicaments sur ordonnance et les coûts qu'il produit augmente rapidement au Canada (Statistique Canada, 1999). On a estimé, par exemple, que les Canadiens ont dépensé plus de 15,5 milliards de dollars en médicaments en 2001—soit une augmentation de 8,6 % par rapport à l'année précédente. Pourquoi les Canadiens dépensent-ils plus en médicaments? Parmi les raisons citées dans la documentation, on trouve la détérioration de la santé des Canadiens, la tendance à se faire traiter par médicaments (plutôt que par la chirurgie), l'émergence de nouvelles maladies qui ne se traitent que par des médicaments particuliers et la création de nouveaux médicaments pour traiter des maladies déjà bien connues (ICIS, 2002). Au Canada, les secteurs public et privé se partagent le coût des médicaments, et plusieurs entreprises s'inquiètent de l'augmentation du coût de l'assurance-santé depuis que leurs employés achètent plus de médicaments sur ordonnance. Aux fins de la présente étude, nous utiliserons cette mesure de deux manières : comme substitut de l'indicateur de l'état de santé (en supposant que l'augmentation des dépenses en médicaments sur ordonnance indique une détérioration de la santé) et pour mieux évaluer les effets d'un conflit élevé entre le travail et la vie personnelle sur les profits de l'entreprise.

## 3.3 Analyse des données

Nous avons entrepris les types d'analyse suivants pour atteindre les objectifs de recherche définis plus haut.

- **Santé perçue** : Nous présentons ces données de deux manières : le niveau moyen de la santé perçue, et la fréquence à laquelle les répondants indiquent que leur santé est :
  - Mauvaise ou assez bonne (les réponses 1 et 2 ont été réunies en un groupe intitulé Assez bonne/Mauvaise);
  - Excellente ou très bonne (les réponses 4 et 5 ont été réunies en un groupe intitulé Excellente/Très bonne);
  - Bonne (réponse 3).
- **Utilisation des services de soins de santé** : Un des principaux objectifs de l'étude est d'estimer le degré auquel les travailleurs canadiens utilisent les différentes composantes du système de soins de santé. Nous avons examiné deux aspects de cette utilisation : l'utilisation probable (c.-à-d. le pourcentage de participants de l'échantillon qui utilisaient et qui n'utilisaient pas les services) ainsi que la moyenne du volume de services utilisés. Ces dernières données sont présentées de deux manières :
  - La moyenne (X) de consultations (ou la moyenne des journées d'hospitalisation, le cas échéant) pour une période de six mois, pour tout l'échantillon (présentée à l'annexe B sous forme de X consultations : Échantillon total);

- La moyenne (X) de consultation (ou la moyenne des journées d'hospitalisation) pour une période de six mois, pour le sous-échantillon qui a utilisé les services (présentée à l'annexe B sous forme de X consultations : Usagers).

- **Utilisation des médicaments sur ordonnance** : Après avoir examiné la répartition des réponses, nous avons réduit cette variable en trois groupes : ceux qui n'ont rien dépensé, ceux qui ont dépensé de 1 $ à 150 $ et ceux qui ont dépensé plus de 150 $ en médicaments sur ordonnance au cours des six mois précédant l'étude. Nous avons ensuite calculé les fréquences pour chaque groupe.

- **Incidence du conflit entre le travail et la vie personnelle** : Le deuxième objectif de cette recherche est d'examiner l'incidence d'un conflit important entre le travail et la vie personnelle sur la santé perçue, sur l'utilisation du système de santé canadien et sur l'usage de médicaments sur ordonnance. L'encadré 6 présente les méthodes suivies pour examiner cette incidence.

- **Incidence du sexe, du type d'emploi, du statut de responsable de personne à charge et du secteur d'emploi sur les résultats relatifs à la santé :** Les recherches menées dans ce domaine indiquent que le sexe, le type d'emploi, le statut de responsable de personne à charge et le secteur d'emploi pourraient tous influencer les résultats (c.-à-d. le conflit entre le travail et la vie personnelle, la santé perçue, l'utilisation du système de soins de santé) présentés dans cette étude[17]. La méthode utilisée pour examiner les différences entre les groupes en ce qui concerne les résultats relatifs à la santé se trouve à l'encadré 7.

- **Risque relatif** : Le risque relatif est une mesure de la force d'association entre deux constructs. Plus le risque relatif est élevé, plus l'association est forte (ICIS, 2003). Par exemple, les chercheurs ont déterminé que le risque relatif que courent les fumeurs de développer un cancer des poumons par rapport aux non-fumeurs est d'environ 3,0 (ICIS, 2003); autrement dit, les fumeurs sont 3,0 fois plus susceptibles de développer un cancer des poumons que les non-fumeurs. Dans le présent rapport, le risque relatif a été calculé en divisant le pourcentage de l'échantillon qui subissait un conflit élevé entre le travail et la vie personnelle et qui a signalé un résultat particulier, par le pourcentage de participants de l'échantillon qui vivaient un faible conflit entre le travail et la vie personnelle et qui ont signalé ce même résultat (ou vice-versa, le cas échéant).

## Encadré 6

### Méthodologie utilisée pour examiner les effets du conflit entre le travail et la vie personnelle

Le présent rapport examine les effets d'un conflit majeur entre le travail et la vie personnelle sur la perception de la santé, l'utilisation de médicaments sur ordonnance et l'utilisation du système de santé canadien (les mesures utilisées pour quantifier chacun de ces résultats sont décrites dans l'encadré 5). On peut résumer la procédure empruntée aux fins de cette analyse comme suit :

1. On a utilisé des normes relatives à la population pour diviser l'échantillon en trois groupes : les répondants qui ont obtenu des résultats élevés pour les concepts présentant de l'intérêt, les répondants qui ont obtenu des résultats moyens et les répondants qui ont obtenu des résultats faibles (voir Duxbury et Higgins, 1998 pour en savoir davantage sur cette méthode).
2. Les réponses données aux questions qui quantifient la perception de la santé, l'utilisation de médicaments sur ordonnance et l'utilisation du système de santé canadien ont servi à diviser l'échantillon en différents groupes :
   - Perception de la santé : excellente/très bonne, bonne, assez bonne/mauvaise
   - Utilisation du système de santé : utilisation ou non de ce type de service
   - Utilisation de médicaments sur ordonnance : a dépensé 0 $ en médicaments sur ordonnance en six mois, a dépensé entre 1 $ et 150 $ en médicaments sur ordonnance en six mois, et a dépensé 150 $ ou plus en médicaments sur ordonnance en six mois.
3. On a utilisé l'analyse du chi carré pour tester l'importance entre les groupes. Dans le cas de la perception de la santé et de l'utilisation de médicaments sur ordonnance, le chi carré consistait en une analyse trois par trois : conflit majeur, moyen et mineur entre le travail et la vie personnelle par rapport à attitude/résultats élevés, moyens et faibles. Avec des variables dichotomiques (c.-à-d. oui, non), l'analyse était un chi du carré trois par deux. Seules des parties des analyses sont mentionnées dans le rapport (c.-à-d. que nous montrons la proportion de résultats élevés et faibles pour les concepts présentant un intérêt, mais pas la proportion des

17 On trouvera un sommaire de cette documentation dans Higgins et Duxbury (2002).

résultats modérés). Compte tenu de la taille importante de l'échantillon, presque toutes les différences sont significatives. Pour s'assurer que les différences sont significatives (c.-à-d. dignes de mention) et importantes, nous nous sommes concentrés sur les variations significatives au niveau $p < 0{,}0001$.

## Encadré 7

### Méthodologie utilisé pour examiner l'incidence du sexe, du type d'emploi, de la responsabilité de personnes à charge et du secteur d'emploi

Ce document examine comment des facteurs contextuels clés interviennent dans le conflit entre le travail et la vie personnelle. Il se penche aussi sur l'association entre ces facteurs contextuels et les attitudes et résultats examinés. Voici comment nous avons conceptualisé ces facteurs :

- **Sexe** : homme par rapport à femme
- **Type de travail** : postes de gestion ou professionnels par rapport à des postes de soutien administratif, techniques, de bureau et de production (qualifiés de « autre » dans ce rapport)
- **Garde de personnes à charge** : employés qui consacrent une ou plusieurs heures par semaine à prendre soin des enfants ou d'un aîné par rapport à des employés qui n'exercent aucune de ces activités
- **Secteur d'emploi** : secteur public par rapport à secteur privé par rapport à secteur sans but lucratif (SBL)

La présente étude s'appuie sur une méthode assez unique d'analyse de l'incidence du sexe sur le conflit entre le travail et la vie personnelle en se penchant sur les différences selon le sexe par rapport au type d'emploi, à la garde de personnes à charge et au secteur d'emploi. Une telle analyse reconnaît que les Canadiennes et les Canadiens vivent des réalités différentes et que ce pourrait être ces réalités, plutôt que le sexe lui-même, qui ont un effet sur les attitudes et les résultats observés dans cette analyse. Ce genre d'analyse devrait fournir un apport inestimable aux décideurs qui veulent savoir si le soutien et les interventions devraient viser un groupe particulier (par exemple, les femmes ou les parents) ou encore une situation environnementale (par exemple, les emplois permettant peu de marge de manœuvre au travailleur). Deux différents tests statistiques ont été utilisés pour déterminer si les différences étaient significatives sur le plan statistique. Des tabulations en croix ont été employées quand les données étaient déclarées sous forme de fréquence (c.-à-d. % de ceux qui utilisent un service) pour déterminer si l'effet du type d'emploi, du secteur d'emploi ou de la garde de personnes à charge sur le résultat d'intérêt est le même pour les hommes et les femmes. Dans les cas où nous avons déclaré une moyenne (c.-à-d. un nombre de visites par période de six mois), un test F a été utilisé pour tester les différences entre les groupes. Quand il était question de plus de trois groupes, les tests de suivi de Scheffe ont été utilisés pour déterminer quels groupes étaient différents les uns des autres.

Soulignons enfin que la nature transversale des données recueillies lors de cette étude signifie qu'il est impossible de déterminer l'orientation de la causalité entre les différentes mesures de conflit entre le travail et la vie personnelle et l'utilisation du système de soins de santé. Théoriquement, la majorité des résultats de recherche dans ce domaine appuyent notre hypothèse selon laquelle plus le conflit entre le travail et la vie personnelle est élevé, plus la santé se détériore et plus l'employé a recours à des services médicaux. Cependant, les auteurs reconnaissent qu'il est possible que dans certains cas, cette causalité soit renversée (c.-à-d. que les gens qui sont malades et qui utilisent plus souvent le système de soins de santé sont plus susceptibles de vivre un conflit entre le travail et la vie personnelle à cause de leur trouble de santé).

## 3.4 Protocoles de rapport suivis

Toutes les différences examinées dans le rapport répondent à deux critères : elles sont significatives sur le plan statistique et importantes (c.-à-d. qu'elles ont une importance du point de vue pratique). La deuxième exigence est nécessaire compte tenu que les tailles importantes des échantillons signifient que des différences aussi faibles que 0,5 % sont souvent significatives sur le plan statistique. En interprétant les données, le lecteur devrait se rappeler que plus la différence est importante, plus le résultat sera significatif.

Le lecteur se rappellera que les chiffres mentionnés dans ce rapport ont été arrondis à la décimale près ou présentés sous forme de nombres entiers. Les pourcentages, une fois additionnés, ne s'élèveront donc pas toujours à 100 %.

Dans le questionnaire, nous avons demandé aux répondants de fonder sur la période de six mois précédant cette étude leurs réponses aux questions sur l'utilisation du système de soins de santé, des médicaments sur ordonnance, etc. Nous avons choisi cette période parce que dans ce domaine, les résultats de recherche indiquent que les répondants se souviennent moins bien de ce qu'ils ont fait au cours d'une période plus longue. Les données

recueillies sont donc présentées pour une période de six mois. Toutefois, les données présentées dans la section sur les conclusions tirées de l'étude représentent la fréquence des consultations et de l'utilisation sur une période d'un an. Nous avons effectué ces estimations en multipliant les données recueillies par deux.

Soulignons enfin que pour faciliter la lecture de ce texte, nous avons placé la plupart des données sur les sources en annexe, à la fin du rapport. Les données sont regroupées ainsi :

- Annexe B : Santé perçue, utilisation du système de soins de santé et utilisation de médicaments sur ordonnance par sexe, type d'emploi, statut de responsable de personne à charge et secteur d'emploi.
- Annexe C : Répercussions du conflit entre le travail et la vie personnelle sur la santé perçue, sur l'utilisation du système de soins de santé et sur l'utilisation de médicaments sur ordonnance.
- Annexe D : Risque relatif aux résultats relatifs à la santé liés à chaque forme de conflit entre le travail et la vie personnelle.

# Chapitre 4

## *Comment les travailleurs canadiens perçoivent-ils leur santé?*

Dans ce chapitre, nous abordons les questions suivantes :

- Comment les travailleurs canadiens perçoivent-ils leur santé physique?
- Quelle est l'incidence du sexe, du type d'emploi, du statut de responsable de personne à charge et du secteur d'emploi sur la santé perçue?
- Quels facteurs lient le conflit entre le travail et la vie personnelle et la santé perçue?

Ce chapitre se subdivise en trois sections. Les données sur la perception qu'ont les travailleurs canadiens de leur santé sont présentées et expliquées à la section 4.1. On y trouvera aussi une description du lien entre le sexe, le type d'emploi, le statut de responsable de personne à charge et le secteur d'emploi et la santé perçue. Le lien entre la santé perçue et le conflit entre le travail et la vie personnelle est présenté à la section 4.2. Dans la dernière section du chapitre, la section 4.3, nous résumons nos principales conclusions sur la santé perçue. Les données examinées dans cette section se trouvent en annexe.

### 4.1 Santé perçue

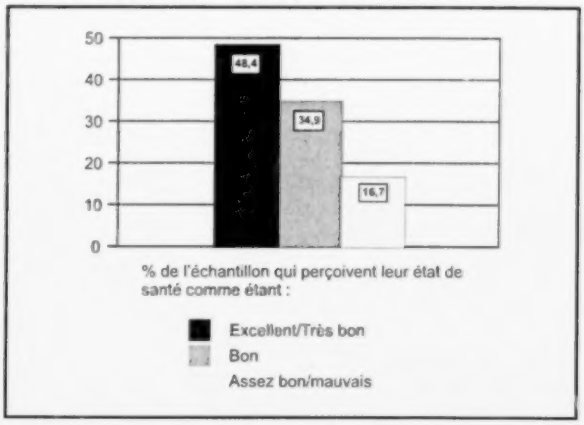
La grande majorité des indicateurs de l'état de santé se fondent sur la maladie et sur les décès et, à l'exception des mesures telles que l'absence de maladie ou la prorogation de la mort, il n'existe que très peu de données traitant des aspects positifs de la santé (Statistique Canada, 1999). La mesure d'auto-évaluation de l'état de santé utilisée dans la présente étude nous permet quelque peu d'évaluer la santé positive comme étant plus que l'absence de problèmes de santé. Selon ces mesures, les Canadiens sont-ils en bonne santé? En 1996-1997, un Canadien sur quatre se disait en excellente santé[18], et un autre groupe de 38 % se disait en très bonne santé (Statistique Canada, 1999). Seulement 9 % des Canadiens se disaient en assez bonne ou en mauvaise santé (Statistique Canada, 1999).

Quels types de personnes sont plus susceptibles de se dire en bonne santé? Selon l'ICIS (2002), l'état de santé est lié positivement au statut socioéconomique (c.-à-d. que les personnes plus jeunes et plus instruites avec un revenu plus élevé sont plus susceptibles de se dire en bonne santé). Dans le même ordre d'idées, Statistique Canada (1999) signale que :

- les hommes sont plus susceptibles que les femmes de trouver leur état de santé excellent (ces différences selon le sexe dans la perception de l'état de santé se limitent toutefois aux groupes les plus jeunes);
- on observe une nette correspondance entre l'auto-évaluation et le niveau de revenu adéquat (p. ex., 18 % des Canadiens appartenant aux deux groupes ayant le revenu le plus bas se disent en excellente santé par rapport à 33 % des Canadiens qui ont le revenu le plus élevé; 21 % des Canadiens ayant un faible revenu disent être en assez bonne ou en mauvaise santé, par rapport à 5 % seulement des Canadiens qui ont le revenu le plus élevé).

La figure 2 présente les données sur la santé perçue de tous les participants de l'échantillon.

**Figure 2**
**Perception de la santé pour l'échantillon total**




18 La proportion de Canadiens qui disent être en « excellente » santé n'a pas changé depuis 1985 (Statistique Canada, 1999).

### La moitié des employés de cet échantillon cotent leur santé comme étant très bonne à excellente

Près de la moitié des répondants (48,4 %) indiquent que leur santé est très bonne ou excellente[19]. Cette proportion est nettement plus faible que celle que présente Statistique Canada pour les Canadiens de 12 ans et plus (61 % d'entre eux indiquent que leur santé est très bonne ou excellente). Une partie de cette différence s'explique peut-être en fonction des différences d'âge entre les participants de l'échantillon (on peut s'attendre à ce que les jeunes Canadiens soient en meilleure santé que les Canadiens plus âgés), mais il est aussi probable que les conditions de travail et le stress lié à l'emploi nuisent à l'état de santé des employés canadiens.

### Près d'un employé sur cinq dit se trouver en assez bonne ou en mauvaise santé

D'un autre côté, 16,7 % des employés disent être en assez bonne ou en mauvaise santé. Cette proportion de personnes qui se trouvent en mauvaise santé est plus élevée que celle signalée par Statistique Canada pour un échantillon de Canadiens âgés de 12 ans et plus. Cela appuie donc l'idée selon laquelle les conditions d'emploi ont peut-être des répercussions négatives sur la santé de certains Canadiens. Ces chiffres devraient aussi alerter les employeurs, car ils confirment qu'il existe un lien entre la santé des employés et les profits de l'entreprise[20].

### Les gestionnaires et les professionnels sont plus susceptibles que les titulaires d'« autres » postes de se percevoir en très bonne ou en excellente santé

La perception de l'état de santé est fortement liée au type d'emploi. Les répondants titulaires de postes professionnels ou de gestion, quel que soit leur sexe, ont plus tendance que leurs collègues qui occupent d'« autres » postes à décrire leur santé comme étant très bonne ou excellente. Les répondants titulaires d'« autres » postes, toutefois, sont plus susceptibles de décrire leur santé comme étant mauvaise ou moyenne. Examinez ce qui suit :

- 51 % des hommes gestionnaires et 52 % des femmes gestionnaires décrivent leur santé comme étant très bonne ou excellente, par rapport à 45 % des hommes et 46 % des femmes titulaires d'« autres » postes;
- 15 % des gestionnaires hommes et femmes décrivent leur santé comme étant assez bonne ou mauvaise, par rapport à 19 % des répondants hommes et femmes qui occupent d'« autres » postes.

Ces constatations correspondent à celles de Statistique Canada et du groupe de recherche Whitehall (Hemingway et coll., 1997; Marmot et Davey, 1997), et confirment qu'il existe un lien positif marqué entre le statut socioéconomique et un bon état de santé.

### Les employés qui n'assument pas la responsabilité d'une personne à charge sont plus susceptibles de dire qu'ils sont en bonne santé

Le fait d'assumer des responsabilités de garde de personnes à charge (c.-à-d. des enfants à la maison ou des soins aux aînés) a un lien négatif avec la perception de l'état de santé, autant chez les hommes que chez les femmes. Les employés qui n'assument pas les responsabilités de garde de personnes à charge, quel que soit leur sexe, sont plus susceptibles que ceux qui ont la garde de personnes à charge de dire que leur santé est très bonne ou excellente. Ceux qui ont la responsabilité de la garde d'enfants ou qui doivent prodiguer des soins aux aînés sont plus susceptibles que ceux qui n'ont pas ces responsabilités de dire que leur santé est assez bonne ou mauvaise. Ces différences sont plus marquées lorsqu'on compare les moyennes de la santé perçue pour les quatre groupes. Les hommes et les femmes sans la garde de personnes à charge affichent une moyenne de perception de l'état de santé de 3,5 par rapport à celle de 3,4 chez les femmes et les hommes qui ont la garde de personnes à charge. Ces résultats portent à conclure que les responsabilités familiales nuisent quelque peu à la santé des hommes et des femmes qui ont un emploi.

### Les employés du secteur public sont moins susceptibles de penser qu'ils sont en bonne santé

Les hommes et les femmes qui travaillent dans le secteur public sont plus susceptibles que ceux des autres secteurs de décrire leur santé comme étant assez bonne ou mauvaise. Un examen des différences démographiques entre échantillons explique ces résultats (voir Higgins et Duxbury [2002]). Les employés du secteur privé sont plus jeunes que leurs homologues des secteurs public et SBL. Les employés du secteur SBL (surtout les femmes) sont mieux rémunérés que leurs homologues des secteurs public et privé. Ces résultats laissent croire que certaines différences de perception de la santé entre les secteurs

19 Nota : Le niveau moyen de perception de la santé pour cet échantillon est de 3,44 (bonne à très bonne), compte tenu d'un écart type de 0,99.

20 Les résultats de l'analyse de ces données (qui ne sont pas présentés dans ce rapport) démontrent une forte corrélation positive entre la perception que quelqu'un peut avoir de son état de santé (assez bon ou mauvais), le volume total d'absentéisme et l'utilisation de médicaments sur ordonnance.

peuvent provenir de l'âge ou du statut socioéconomique. Toutefois, ces données signalent un lien entre la mauvaise santé et les conditions de travail au sein du secteur. Il sera nécessaire d'examiner ce lien de plus près.

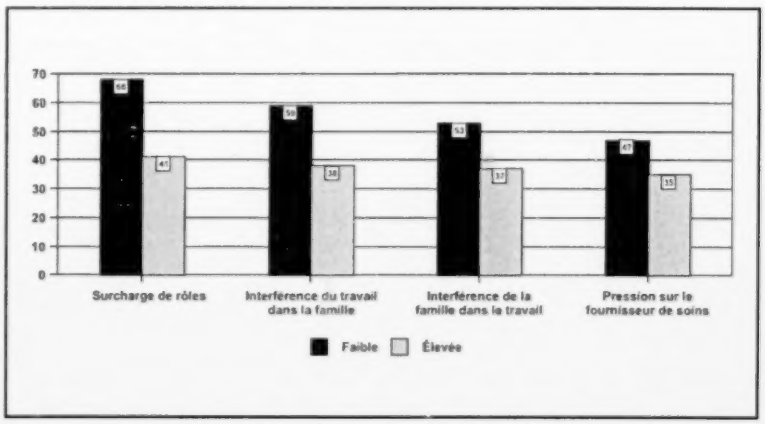
### Aucune différence selon le sexe quant à la santé perçue

Lorsqu'on tient compte du type d'emploi et du statut de responsable de personne à charge, on n'observe aucune différence de perception de la santé entre les sexes. Ce résultat est très important, car il s'oppose à une grande partie des conclusions publiées dans la documentation (p. ex., que les femmes se prévalent plus des services de santé que les hommes et qu'elles se disent en plus mauvaise santé, mais seulement chez les répondantes les plus jeunes). Cela laisserait entendre que les circonstances de la vie (p. ex., de se trouver au bas de l'échelle hiérarchique d'une entreprise, à des niveaux moins élevés de contrôle perçu) plutôt que le sexe des répondants produisent des niveaux moins élevés de santé perçue. Il est aussi intéressant d'observer les résultats selon lesquels les responsabilités de garde de personnes à charge (c.-à-d. le rôle de parents ou la responsabilité de soins aux aînés) semblent nuire à la santé des hommes comme des femmes. Ces données appuyent nos conclusions selon lesquelles les différences entre les sexes pour ce qui est du temps passé à s'occuper d'un enfant ou d'un aîné ont disparu au cours de la dernière décennie, puisque les femmes passent moins de temps au foyer et que les hommes, eux, y passent dorénavant plus de temps[21]. Ces résultats nous amènent à conclure que la difficulté d'équilibrer le travail et le rôle de parent ou de dispensateur de soins, et non le fait pour une mère de famille d'occuper un emploi, nuit à la santé.

## 4.2 Effets du conflit entre le travail et la vie personnelle sur la santé perçue

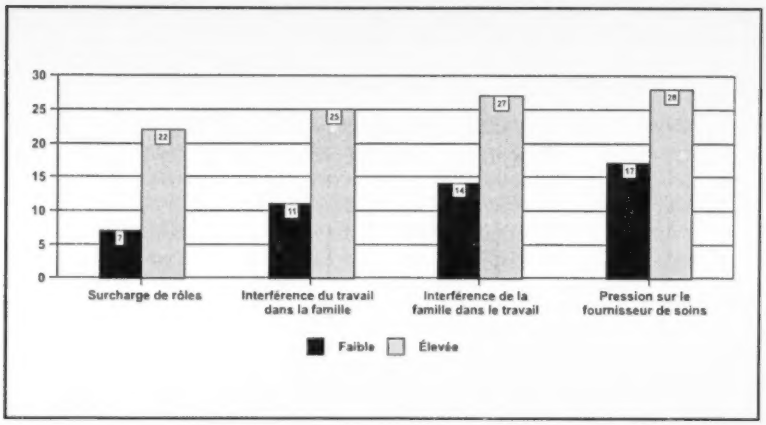
Tel que nous l'avons établi dans le deuxième rapport de la présente série, le conflit entre le travail et la vie personnelle, sous toutes ses formes, crée des problèmes pour de nombreux travailleurs canadiens. Un peu moins de 60 % des répondants du sondage réalisé en 2001 déclarent être confrontés à des niveaux élevés de surcharge de rôles; 28 % signalent une forte interférence du travail dans la famille; 10 % signalent une forte interférence de la famille dans le travail; un autre groupe de 32 % signale des niveaux modérés d'interférence; enfin, un peu moins de 25 % subit des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins. Dans cette section, nous examinons les effets qu'a chacune de ces formes de conflit entre le travail et la vie personnelle sur la santé perçue. Les données commentées dans cette section se trouvent sous forme de graphique à la figure 3 ainsi qu'aux annexes C et D.

**Figure 3**
**Effets du conflit entre le travail et la vie personnelle sur la perception de la santé**
***(a) Pourcentage de ceux qui se disent en très bonne/excellente santé***




21 Pour une présentation complète de ce phénomène, voir Higgins et Duxbury (2002).

**Figure 3**
**Effets du conflit entre le travail et la vie personnelle sur la perception de la santé**
***(b) Pourcentage de ceux qui se disent en assez bonne ou mauvaise santé***




## Le conflit élevé entre le travail et la vie personnelle nuit à la santé

Le conflit élevé entre le travail et la vie personnelle est lié à un bas niveau de perception de la santé, quelle que soit la forme perçue de ce conflit. De même, les employés qui réussissent mieux à équilibrer les exigences de leur travail et de leur vie personnelle se sentent en meilleure santé que ceux qui n'y parviennent pas.

## Le risque relatif de détérioration de la santé est plus élevé lorsque la personne a une surcharge de rôles

Quels effets le conflit entre le travail et la vie personnelle a-t-il sur la perception de l'état de santé? Examinez ce qui suit :

- Les employés qui affichent un niveau élevé de surcharge de rôles sont 2,9 fois plus susceptibles de dire que leur santé est assez bonne ou mauvaise que les employés qui font face à des niveaux peu élevés de surcharge de rôles;
- Les employés qui connaissent des niveaux élevés d'interférence du travail dans la famille sont 2,4 fois plus susceptibles de déclarer que leur santé est assez bonne ou mauvaise que les employés qui connaissent de faibles niveaux d'interférence du travail dans la famille;
- Les employés qui connaissent un niveau élevé d'interférence de la famille dans le travail sont presque deux fois plus susceptibles de dire que leur santé est assez bonne ou mauvaise que les employés qui connaissent de faibles niveaux d'interférence du travail dans la famille;
- Les employés qui ressentent une forte pression sur le fournisseur de soins sont 1,7 fois plus susceptibles d'affirmer que leur santé est assez bonne ou mauvaise que les employés qui subissent une faible pression sur le fournisseur de soins.

Autrement dit, les employés qui vivent des niveaux élevés de conflit sont beaucoup plus susceptibles de déclarer que leur santé est assez bonne ou mauvaise. En supposant qu'ils décrivent ainsi leur état de santé réel (Statistique Canada nous assure que cette supposition est tout à fait valable), nous pouvons nous attendre à ce que ce groupe d'employés soit plus susceptible d'utiliser des médicaments sur ordonnance, de se prévaloir du régime d'assurance-santé de leur employeur, de s'absenter du travail et de chercher de l'aide auprès du système de santé canadien. Donc, les niveaux élevés de conflit entre le travail et la vie personnelle risquent fortement d'avoir une incidence négative sur les profits des employeurs et d'accroître la demande auprès du système de santé canadien.

Il est aussi très intéressant d'observer l'envers de la médaille. Si nous réduisons le conflit entre le travail et la vie personnelle, qu'arrivera-t-il à la santé des travailleurs canadiens? Les données indiquent qu'elle s'améliorerait considérablement. Par exemple :

- Les employés dont la surcharge de rôles est faible sont 1,6 fois plus susceptibles de déclarer que leur santé est très bonne ou excellente que les employés qui ont une surcharge de rôles élevée;
- Les employés qui connaissent de faibles niveaux d'interférence du travail dans la famille sont 1,5 fois plus susceptibles de dire que leur santé est très bonne ou excellente que les employés qui ont une forte interférence du travail dans la famille;
- Les employés qui ont une faible interférence de la famille dans le travail sont 1,4 fois plus susceptibles d'affirmer que leur santé est très bonne ou excellente que les employés qui ont une forte interférence de la famille dans le travail;
- Les employés qui subissent une faible pression sur le fournisseur de soins sont 1,3 fois plus susceptibles de trouver que leur santé est très bonne ou

excellente que les employés qui subissent une forte pression sur le fournisseur de soins.

Par conséquent, en aidant les gens à concilier travail et vie personnelle, nous pouvons considérablement améliorer la santé des travailleurs canadiens.

## 4.3 Récapitulation de la santé perçue

Alors qu'environ la moitié (48 %) des employés qui ont répondu au questionnaire affirment que leur santé est très bonne ou excellente, presque un sur cinq (17 %) décrit sa santé comme étant mauvaise ou moyenne. Les gestionnaires et les professionnels ainsi que les employés sans responsabilités liées aux soins aux enfants ou aux aînés sont plus susceptibles d'être en bonne santé. Les employés titulaires d'« autres » postes, ceux du secteur public, les parents au travail et les employés assumant la responsabilité de soins aux aînés, d'un autre côté, sont plus susceptibles de se trouver en assez bonne ou en mauvaise santé. Ces constatations correspondent à celles qu'a rapportées Statistique Canada et confirment l'existence d'un lien positif marqué entre le statut socioéconomique, des niveaux élevés de contrôle perçu et une bonne santé.

Lorsqu'on tient compte du type d'emploi et du statut de responsable de personne à charge, les différences de perception de l'état de santé ne sont plus liées au sexe. Ce résultat est très important, car il s'oppose à une grande partie des conclusions publiées dans la documentation (p. ex., que les femmes utilisent plus le système de soins de santé). Il donne à penser que les circonstances de la vie (p. ex., le fait d'être restreint à une catégorie professionnelle de niveau inférieur, des niveaux faibles de contrôle perçu) plutôt que le sexe même sont liées aux problèmes de santé. Le résultat selon lequel les responsabilités de garde de personnes à charge (c.-à-d. le rôle de parents, la responsabilité de soins aux aînés) semblent nuire à la santé des hommes comme des femmes est aussi digne de mention, car il indique que les difficultés à équilibrer le rôle parental, la dispensation de soins et le travail nuisent à la santé – et non le fait d'être une mère au travail.

Le conflit entre le travail et la vie personnelle sous toutes ses formes cause des problèmes à de nombreux travailleurs canadiens. Les données examinées dans ce rapport confirment la conclusion suivante : le conflit élevé entre le travail et la vie personnelle est lié à de bas niveaux de perception de l'état de santé chez les Canadiens au travail, quelle que soit la forme du conflit qu'ils décrivent. Les employés qui réussissent le mieux à équilibrer les exigences de leur travail et de leur vie personnelle se sentent en meilleure santé que ceux qui n'y parviennent pas.

Ces données portent à conclure que les employeurs et les gouvernements qui désirent améliorer la santé de leur main-d'œuvre doivent porter une attention toute particulière à deux aspects du conflit entre le travail et la vie personnelle : la surcharge de rôles et l'interférence du travail dans la famille. Ces deux mesures sont fortement liées à de lourdes exigences professionnelles, à de plus longues heures de travail, à un grand nombre d'heures supplémentaires non payées, à un plus grand volume de voyages liés au travail ainsi qu'à un sens d'obligation à l'égard du temps de rencontre physique (c.-à-d. l'accent sur la « présence » de l'employé plutôt que sur son rendement et sur les résultats attendus). Elles laissent aussi entendre des niveaux plus élevés de risque relatif par rapport à la santé physique. Mais ce qui est probablement le plus important, c'est qu'il s'agit des deux formes prévalentes de conflit entre le travail et la vie personnelle; elles causent donc le plus grand nombre de problèmes en matière de risque absolu[22] comme de risque relatif.

Enfin, ces chiffres devraient alerter les employeurs et les gouvernements pour plusieurs raisons. D'abord, ils incitent à croire qu'une partie considérable de leur main-d'œuvre (presque un employé sur cinq) est plus susceptible d'adopter des comportements (p. ex., acheter des médicaments sur ordonnance, s'absenter du travail) qui risquent de nuire aux profits de l'entreprise ou de l'organisation. Cela risque d'empêcher le Canada de soutenir la concurrence sur les marchés mondiaux. Ensuite, ils indiquent que le fait d'assumer les exigences liées à leur travail et à leurs responsabilités familiales nuit à la santé des travailleurs canadiens, hommes ou femmes (c.-à-d. que cela n'est plus un problème propre aux femmes). Enfin, ces résultats appuyent le modèle de santé de la population, qui lie le statut socioéconomique peu élevé aux problèmes de santé et qui porte à croire que les interventions en faveur de la santé en milieu de travail, comme des congés personnels payés et des activités de promotion de la santé, doivent cibler ces niveaux de la hiérarchie de l'organisme.

22 Il est important, pour bien participer à ce débat, de comprendre la notion de risque absolu. Il tient compte de la prévalence du facteur de risque en choisissant une intervention. Habituellement, le fait de réduire de moitié le risque qu'un événement très rare ne survienne aura moins d'effet sur les résultats désirables qu'une légère atténuation du risque qu'un événement commun ne survienne (ICIS, 2003).

# Chapitre 5

## *Quels sont les effets du conflit entre le travail et la vie personnelle sur l'utilisation du système de santé canadien?*

Dans ce chapitre, nous abordons les questions de recherche suivantes :

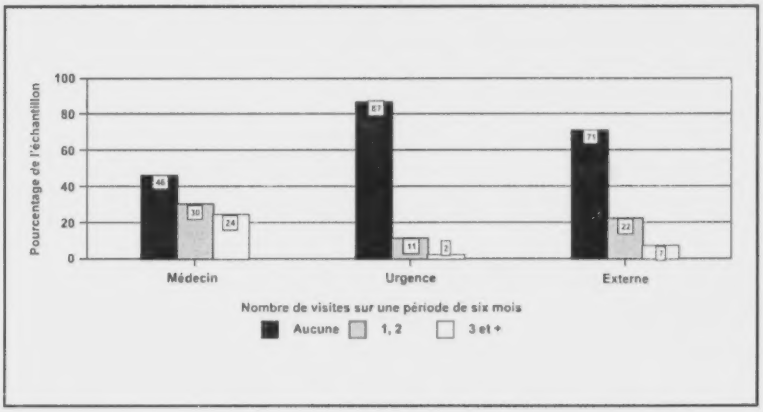
- Dans quelle mesure les travailleurs canadiens utilisent-ils les différentes composantes du système de santé canadien?
- Quelle est l'incidence du sexe, du type d'emploi, du secteur d'emploi et du statut de responsable de personne à charge sur l'utilisation du système de santé canadien?
- Quels sont les effets du conflit entre le travail et la vie personnelle (mesuré en termes de surcharge de rôles, d'interférence du travail dans la famille, d'interférence de la famille dans le travail et de pression sur le fournisseur de soins) sur l'utilisation du système de santé canadien?

Les principales conclusions et les constatations pertinentes sont présentées dans les annexes jointes à ce rapport. Elles le sont aussi sous forme graphique à la figure 4.

Ce chapitre se subdivise en huit sections. Aux sections 5.1 à 5.6, nous présentons les données sur l'utilisation que font les employés canadiens du système de soins de santé.

**Figure 4**
**Pourcentage des répondants qui utilisent différentes facettes du système de santé**

*(a) Visites chez le médecin, visites à l'urgence, examens médicaux en consultation externe*




Ces six sections se regroupent ainsi : les trois premières (5.1 à 5.3) traitent de la consultation de professionnels des soins de santé—consultation de médecins à la section 5.1, d'autres professionnels des soins de santé à la section 5.2 et de professionnels de la santé mentale à la section 5.3. Les trois sections suivantes (5.4 à 5.6) traitent de l'utilisation de différents types d'établissements : l'hospitalisation (5.4), le recours aux salles d'urgence (5.5), et les soins externes des cliniques et des hôpitaux (5.6). Dans chacune de ces sections, nous présentons aussi le lien entre le sexe, le type d'emploi, le statut de responsable de personne à charge et le secteur d'emploi et l'utilisation de chaque composante du système de soins de santé. Nous examinons ensuite les facteurs qui lient l'utilisation du système de soins de santé au conflit entre le travail et la vie personnelle à la section 5.7, puis nous donnons une récapitulation de nos principales constatations sur l'utilisation du système de soins de santé à la section 5.8.

## 5.1 Consultation de médecins

La prestation des soins de santé, même dans leur définition la plus large, revient avant tout au médecin de famille (Statistique Canada, 1999). Il existe de nombreux modèles de soins de santé primaires, mais le plus commun au Canada est celui du médecin unique et des petits groupes de praticiens. La plupart des Canadiens consultent leur médecin de famille autant pour les soins de routine que pour les traitements continus et les soins immédiats se rapportant à des problèmes de santé peu graves (ICIS, 2003).

Presque tous les Canadiens ont recours au système de soins de santé. En 2001, plus de 23 millions de Canadiens de 15 ans et plus (soit 94 % de la population) a eu recours à au moins une forme de premier contact avec le système de santé. Les répondants le font avant tout pour des soins de routine ou pour des traitements continus, pour des soins immédiats de troubles mineurs de

**Figure 4**
**Pourcentage des répondants qui utilisent différentes facettes du système de santé**

*(b) Hospitalisations, visites chez un professionnel de la santé mentale*

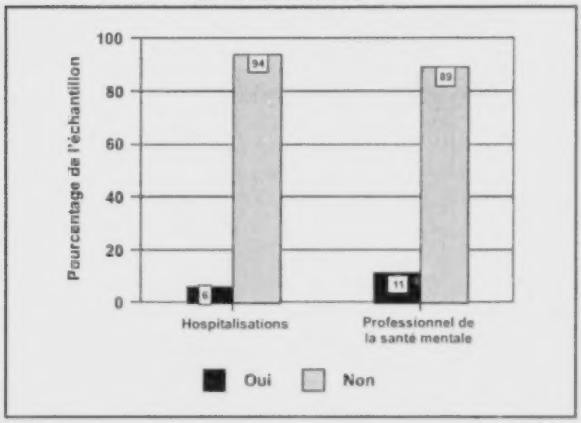
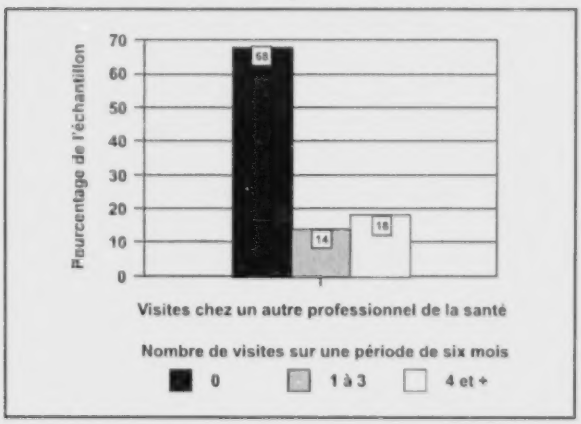



**Figure 4**
**Pourcentage des répondants qui utilisent différentes facettes du système de santé**

*(c) Visites chez un autre professionnel de la santé*




la santé, ou encore pour demander conseil (ICIS, 2003). L'endroit où les Canadiens s'adressent d'abord dépend beaucoup du *moment* où ils ont besoin d'aide. Les bureaux des médecins de famille sont l'endroit principal de dispensation des soins pendant les heures d'ouverture, et les gens se tournent vers les salles d'urgence des hôpitaux lorsqu'ils ont besoin d'aide pendant la nuit (ICIS, 2003).

Selon les dernières estimations (ICIS, 2002), en 2000-2001, 78 % des Canadiens de 12 ans et plus ont déclaré qu'ils avaient consulté un médecin de famille au moins une fois au cours de l'année précédente. La Base de données sur les soins médicaux et la Base de données nationale sur les médecins (qui contiennent l'information tirée des demandes de remboursements soumises par les médecins aux programmes médicaux de leur province) indiquent que le nombre de consultations de médecins par des Canadiens bénéficiaires d'assurance-santé a augmenté avec le temps : de 4,5 par année en 1978-1979 à 6,0 en 1993-1994 (ICIS, 2003). Statistique Canada (1999) indique qu'en 1998, les femmes de 18 à 54 ans étaient deux ou trois fois plus susceptibles que les hommes de consulter un médecin.

### La moitié des employés de l'échantillon ont consulté leur médecin au cours des six derniers mois[23]

Un peu plus de la moitié (54 %) des répondants ont consulté leur médecin au cours des six mois précédant cette étude. De ce nombre, une personne sur quatre l'a fait trois fois ou plus au cours de cette période. Dans le cadre de l'analyse qui suit, ces personnes sont considérées comme étant des utilisateurs « fréquents » de services médicaux.

La moyenne du nombre de consultations par employé est de 1,5 en l'espace de six mois, soit environ trois consultations par année. La moyenne du nombre de consultations demandées, pendant cette période de six mois, par les répondants qui désiraient des soins est de 2,9.

### Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir consulté un médecin

Les femmes sont beaucoup plus susceptibles que les hommes d'avoir consulté un médecin au cours des six mois précédant l'étude. Elles y sont aussi allées plus souvent en six mois. Ce résultat est particulièrement important, parce qu'il s'applique à tous les répondants, quels que soient leur type d'emploi, leurs responsabilités

23 Nota : la question sur les consultations d'un médecin était libellée ainsi : « Au cours de ces six derniers mois, avez-vous consulté un médecin pour autre chose qu'un examen régulier ou un examen de maternité? Si oui, combien de fois êtes-vous allé(e) chez le médecin? »

de garde de personnes à charge et leur secteur d'emploi. Comme il n'y a pas de différence selon le sexe dans le cas de la santé perçue et qu'on a demandé aux femmes de ne pas y inclure leurs consultations pour soins de maternité, il est difficile de définir exactement ce que ce résultat indique. Trois explications sont plausibles :

- Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de consulter un professionnel de la santé quand elles ne se sentent pas bien (p. ex., les femmes se prévalent adéquatement des services médicaux, et les hommes ne se font pas traiter quand ils sont malades);
- Les femmes sont plus susceptibles de consulter leur médecin pour des troubles non physiques (p. ex., pour du counseling);
- Les femmes sont plus susceptibles de se faire traiter pour des troubles « féminins », comme la ménopause, des problèmes menstruels et l'examen des seins.

Cette différence entre les sexes en ce qui concerne la consultation d'un médecin est presque identique à celle que signale Statistique Canada.

### Les femmes occupant d'« autres » postes au sein de l'organisme sont plus susceptibles de consulter un médecin

Les femmes qui occupent des emplois de bureau et d'administration se prévalent plus que les autres des services médicaux (58 % des répondantes de ce groupe ont consulté un médecin au cours des six mois précédant l'étude, par rapport à 56 % des femmes gestionnaires et professionnelles, à 51 % des hommes occupant d'« autres » postes et à 50 % des hommes gestionnaires ou professionnels).

Ces tendances observées par rapport à la moyenne (X) du nombre de consultations chez le médecin sont presque identiques à celles de la probabilité d'utilisation. Les femmes qui occupent d'« autres » postes ont consulté le médecin beaucoup plus souvent au cours de la période de six mois (X = 1,74) que les femmes gestionnaires ou professionnelles (X = 1,57), que les hommes gestionnaires ou professionnels (X = 1,33) et que les hommes qui occupent d'« autres » postes (X = 1,39).

Il est intéressant de souligner qu'alors que le type d'emploi est lié à la consultation de médecins chez les femmes de notre échantillon (les femmes qui occupent d'« autres » postes sont plus susceptibles de consulter un médecin que les femmes professionnelles et gestionnaires), nous n'avons pas observé cette différence chez les hommes de l'échantillon. Ce résultat peut avoir plusieurs explications plausibles (voir l'annexe B). Il se peut d'abord qu'un poste de gestionnaire ou de professionnelle favorise la santé des femmes. Ou, d'un autre côté, les postes d'administration et de bureau (c.-à-d. les postes de cols roses) nuisent plus à la santé des femmes que les postes de cols bleus nuisent à celle des hommes. Enfin, il est aussi possible que les femmes qui occupent des emplois de bureau et d'administration et qui consultent le plus souvent le médecin souffrent depuis longtemps de troubles de santé qui les empêchent de gravir les échelons de la hiérarchie.

### Consultations chez le médecin non liées au statut de responsable de personne à charge

Il est surprenant de constater que quand on tient compte du sexe, le statut de responsable de personne à charge n'est pas lié à l'utilisation des services médicaux. Cela va à l'encontre de la croyance populaire selon laquelle les employés qui ont des enfants sont plus prompts à contracter des maladies (p. ex., les enfants sont une source de contagion pour la famille) et que, par conséquent, ils sont en plus mauvaise santé.

Bien que les femmes qui ont la garde de personnes à charge sont plus susceptibles que les femmes de tous les autres groupes de consulter un médecin (57 % d'entre elles ont consulté un médecin au cours des six mois précédant l'étude, soit X de 1,7 consultation au cours de cette période de six mois), leur taux d'utilisation n'est pas beaucoup plus élevé que celui des femmes qui n'ont pas la garde de personnes à charge (56 %, soit X de 1,6 consultation au cours de cette période de six mois). Les résultats des hommes de l'échantillon sont similaires (49 % des hommes qui n'ont pas la garde de personnes à charge et 50 % des hommes qui ont la garde de personnes à charge ont consulté un médecin au cours des six mois précédant l'étude; ces deux groupes d'hommes ont une moyenne de 1,3 consultation pendant cette période).

### Les employés du secteur public sont plus susceptibles d'avoir consulté un médecin

Quand on tient compte du sexe, on observe que les employés du secteur public sont plus susceptibles d'avoir consulté un médecin que leurs collègues des secteurs privé et SBL. Ils sont aussi allés plus souvent chez le médecin au cours de la période de six mois que les employés des autres secteurs. Cette constatation correspond à notre autre résultat, selon lequel ces employés étaient plus susceptibles de se dire en assez bonne ou en mauvaise santé. On ne peut cependant pas attribuer cela aux différences d'âge au sein du secteur, puisque les répondants du secteur public ont le même profil d'âge que ceux du secteur SBL. Ce sont plutôt les

conditions de travail au sein du secteur (p. ex., moins de contrôle, moins de récompenses) qui nuisent à la santé. D'un autre côté, il est peut-être plus facile pour les employés du secteur public de s'absenter du travail pour aller voir le médecin.

### Les hommes travaillant pour le secteur privé sont moins susceptibles d'aller chez le médecin

Les hommes qui travaillent pour le secteur privé sont moins susceptibles d'aller voir un médecin que ceux de tous les autres groupes de l'échantillon. Seulement 43 % des hommes du secteur privé ont consulté un médecin au cours des six mois précédant l'étude (par rapport à 52 % de l'échantillon des hommes du secteur public et à 50 % de l'échantillon des hommes du secteur SBL). Les employés de ce groupe ont consulté en moyenne une fois le médecin en l'espace de six mois.

## 5.2 Consultation d'autres professionnels de la santé

Depuis quelques années, il semble que le public accepte beaucoup plus le recours aux médecines parallèles (Statistique Canada, 1999). Un plus grand nombre de Canadiens se tournent vers l'homéopathie, la chiropractie, les produits d'herboristerie et autres pratiques de guérison pour compléter ou pour remplacer les traitements médicaux habituels (ICIS, 2002). En 2000-2001, 60 % des Canadiens de 12 ans et plus ont consulté un dentiste ou un orthodontiste, 38 % ont vu un ophtalmologiste, 28 % ont consulté des médecins d'autres spécialités, et 19 % ont consulté un chiropraticien ou un autre professionnel de soins parallèles ou complémentaires. Qui est plus susceptible de consulter d'autres professionnels de soins de santé? Les données suggèrent les groupes suivants : les personnes qui ont un revenu élevé, les femmes d'âge moyen très instruites et les personnes atteintes d'une maladie chronique (ICIS, 2002).

### Un répondant sur trois a consulté un professionnel de soins de santé autre qu'un médecin

Un répondant sur trois s'est fait traiter par un professionnel de la médecine ou de soins de santé autre qu'un médecin. Un peu moins d'un répondant sur cinq pourrait en fait être considéré comme un utilisateur fréquent de ce type de soins; ces répondants sont allés quatre fois ou plus chez un de ces professionnels au cours d'une période de six mois. La moyenne du nombre de consultations mentionnées par les personnes qui ont sollicité des soins d'autres professionnels de soins de santé est de 5,0 pour cette période de six mois; la moyenne du nombre de consultations pour tout l'échantillon est de 1,5 au cours de cette même période. Autrement dit, les répondants de cet échantillon ont consulté d'autres professionnels de soins de santé aussi fréquemment que des médecins. Du point de vue de l'employeur et du gouvernement, cependant, l'utilisation de ces types de services a des répercussions très différentes. Comme la *Loi canadienne sur la santé* n'exige pas précisément que les provinces et les territoires assurent les services médicaux non physiques, ces services ne sont souvent pas entièrement assurés, ou alors les régimes d'assurance-santé privés les offrent sous forme d'indemnités restreintes. La majeure partie des coûts des soins de santé parallèles sont donc payés par les régimes d'avantages sociaux des employés, alors que les coûts de consultation d'un médecin sont payés par le gouvernement.

### Les femmes sont plus susceptibles de consulter d'autres professionnels de soins de santé

La tendance à consulter d'autres professionnels de soins de santé est fortement liée au sexe et au secteur d'emploi :

- Les hommes de l'échantillon du secteur privé ont moins consulté d'autres professionnels de soins de santé (ils étaient moins susceptibles de le faire et on dénombrait moins de consultations en une période de six mois) que les autres répondants;
- Les femmes consultent plus les autres professionnels de soins de santé (elles sont plus susceptibles de le faire et on dénombre plus de consultations auprès d'autres professionnels de soins de santé en une période de six mois).

Il est particulièrement intéressant d'observer les différences selon le sexe, car elles s'appliquent à tous les répondants, quels que soient leur type d'emploi et leur statut de responsable de personne à charge. Ces résultats sont identiques à ceux observés sur la consultation d'un médecin. Ils découlent probablement de la même étiologie.

## 5.3 Consultation de professionnels de la santé mentale

Dans presque toutes les collectivités canadiennes, les médecins de famille s'occupent aussi des troubles de santé mentale de leurs patients; c'est un rôle important. Le médecin de famille est généralement la première personne, et bien souvent la seule, à qui s'adressent les gens qui ont des troubles de santé mentale (APC, 2000). La prévalence des troubles de santé mentale dans le contexte des soins primaires est élevée, et environ un

patient sur trois qui consulte un omnipraticien a des troubles de santé mentale (APC, 2000).

Il nous a été difficile d'obtenir des données précises sur le nombre de personnes au Canada qui consultent des professionnels de la santé mentale autres que des médecins. On peut attribuer cette difficulté au nombre élevé de sources offrant ces soins (p. ex., les conseillers, les psychologues, les programmes d'aide à l'emploi), au fait que ce service est souvent financé par des organismes non gouvernementaux (p. ex., des compagnies d'assurance, des régimes d'avantages sociaux pour les employés, ou encore les patients paient ces services de leur poche) et au fait que les médecins et les autres professionnels de soins de santé ne coopèrent que de façon minime à la collecte de ces données (APC, 2000; Kates, 2002). Kates (2002) souligne cependant un point utile dans une étude menée récemment en Ontario, qui indique que 35 % des personnes qui ont des troubles de santé mentale sont traitées seulement par leur médecin de famille, 40 % par des professionnels de la santé mentale, et 25 % reçoivent des soins de leurs médecins de famille et de travailleurs prodiguant des soins de santé mentale.

Les données pertinentes de cette étude sont résumées ci-dessous. Soulignons que nous ne savons pas quel pourcentage des consultations de médecins mentionnées plus tôt visaient des problèmes de santé mentale. Nous pouvons toutefois utiliser nos données sur les consultations auprès d'un professionnel de la santé mentale pour estimer très grossièrement[24] à quel degré les problèmes de santé mentale préoccupent les travailleurs canadiens.

### Un employé sur dix s'est adressé à un professionnel de la santé mentale

Un peu plus d'un répondant sur dix (soit 10,6 %) de cet échantillon a consulté un professionnel de la santé mentale au cours des six mois précédant la présente étude. Ces personnes ont consulté en moyenne 4,1 fois au cours de cette période de six mois, ce qui donne à penser qu'elles avaient besoin de certains traitements continus. De l'échantillon total, 0,45 consultation en moyenne s'est passée chez des professionnels de la santé mentale au cours de cette période de six mois.

### Les femmes sont plus susceptibles de consulter un professionnel de la santé mentale

La consultation de professionnels de la santé mentale est fortement liée au sexe; les femmes utilisent plus cette composante du système de soins de santé que les hommes. Ce résultat est particulièrement intéressant compte tenu du fait qu'il ne dépend ni du type d'emploi, ni des responsabilités de garde de personnes à charge, ni du secteur d'emploi et qu'il s'applique autant à la probabilité d'utilisation qu'au nombre de consultations. Ces résultats sont identiques à ceux de la consultation de médecins et d'autres professionnels des soins de santé. Ils découlent probablement de la même étiologie.

### Types d'emploi non liés à la consultation pour problèmes de santé mentale

Quand on tient compte du sexe, le type d'emploi n'est pas lié à la consultation de professionnels de la santé mentale—ce résultat est important, car les résultats d'études menées par le groupe Whitehall (p. ex., Hemingway et coll., 1997; Marmot et Davey, 1997) et par Karasek et Theorell (1997) soulignent le stress lié aux postes de bureau et d'administration (c.-à-d. des emplois exigeants et qui permettent peu de marge de manœuvre). Les données du deuxième rapport de la présente série (Duxbury et Higgins, 2003) laissent entendre que la disparition des différences dues au type d'emploi peut provenir du fait que le stress et les exigences des postes de gestionnaire et de professionnel ont augmenté avec le temps, alors que les titulaires de ces postes ont perdu de leur contrôle, ou de leur marge de manœuvre, avec le temps. Rien ne semble indiquer que le stress lié aux postes de cols roses et de cols bleus ait diminué (c.-à-d. que les organismes aient réglé les problèmes de ce groupe d'employés).

### Les employés qui ont la charge d'enfants ou d'aînés sont plus susceptibles d'utiliser les services de professionnels de la santé mentale

Quand on tient compte du sexe, les employés qui ont la garde de personnes à charge sont beaucoup plus susceptibles que leurs collègues qui n'ont pas ces responsabilités de s'adresser à des professionnels de la santé mentale. Au cours des six mois précédant cette étude :

- 13 % des mères et des employées responsables d'un aîné ont demandé des soins, par rapport à 11 % des femmes sans responsabilité d'enfants ou de soins aux aînés;
- 9 % des pères et des employés responsables d'un aîné ont demandé des soins, par rapport à 7 % des

24 Si les ratios signalés en Ontario s'appliquent à tout le pays (c.-à-d. 65 % des patients ayant des troubles de santé mentale consultent des dispensateurs de soins parallèles, alors que 35 % d'entre eux ne s'adressent qu'à leur médecin de famille), nos données sous-estiment probablement la situation par un écart de 35 %.

hommes sans responsabilité d'enfants ou de soins aux aînés;

- les mères et les femmes responsables des soins aux aînés ont consulté en moyenne 0,5 fois un professionnel de la santé mentale, par rapport à 0,4 consultation demandée par des femmes sans enfants et sans responsabilité de soins aux aînés;
- les pères et les hommes responsables de soins aux aînés ont consulté en moyenne 0,4 fois un professionnel de la santé mentale, par rapport à la moyenne de 0,3 consultation demandée par des hommes sans enfants et sans responsabilité de soins aux aînés.

Ces données sont très intéressantes, car elles indiquent que le fait de travailler et de devoir s'occuper d'un aîné a une incidence négative sur la santé mentale (plutôt que physique) des employés. Cette interprétation des données est conforme au fait que les employés de cet échantillon qui ont la garde de personnes à charge ont dit subir plus de stress, d'épuisement et d'humeur dépressive que leurs collègues qui n'ont pas ces responsabilités (voir Duxbury et Higgins, 2003). De plus, ils n'utilisent pas beaucoup plus les autres composantes du système de soins de santé examinées dans la présente étude, bien qu'ils aient davantage tendance à se déclarer en assez bonne ou en mauvaise santé. En examinant ces résultats à l'aide des modèles de santé en milieu de travail les plus courants (le modèle du stress au travail de Karesek et Theorell [1990] et celui de Siegrist [1996] sur les efforts considérables peu récompensés), il semble juste de définir le travail d'un employé qui est aussi responsable d'enfants ou d'aînés comme étant très exigeant et offrant peu de contrôle, ou de marge de manœuvre, ainsi que demandant beaucoup d'efforts, bien que n'étant pas gratifiant. Cette classification permettrait aux chercheurs d'appliquer l'énorme documentation qui a été publiée dans ces domaines du conflit entre le travail et la vie personnelle.

### Les employées du secteur public consultent davantage des professionnels de la santé mentale

Le lien entre le sexe, le secteur d'emploi et l'utilisation de soins de santé mentale est très complexe, mais correspond aux tendances observées quant à l'utilisation de services de médecins et à la consultation d'autres professionnels des soins de santé : les employés du secteur privé utilisent moins ces services que tous les autres groupes, alors que les employées du secteur public les utilisent plus. Ces résultats découlent probablement de tout un ensemble de facteurs comprenant l'âge, le contrôle perçu, le statut socioéconomique, les récompenses perçues, etc. L'examen de ces liens dépasse la portée de la présente étude.

## 5.4 Visites à l'hôpital – Hospitalisation

L'hospitalisation nécessite l'admission dans un hôpital, qu'il s'agisse d'un hôpital général ou spécialisé (Statistique Canada, 1999). Les plus longues hospitalisations étaient dues à des maladies du système circulatoire (18 %). Puis venaient les troubles mentaux, principalement parce que les employés touchés par ce genre de problèmes restaient très longtemps à l'hôpital (31,7 jours en moyenne). Les femmes font de plus longs séjours à l'hôpital que les hommes. Une bonne part de cette différence peut être attribuée aux femmes à l'âge de procréation (Statistique Canada, 1999).

### Six pour cent des employés de l'échantillon ont été hospitalisés au cours des six mois précédents

Au cours des six mois précédant cette étude, 6 % des répondants ont dû être hospitalisés. Ce groupe de personnes a passé en moyenne 2,3 nuits à l'hôpital pendant cette période. La tendance à être hospitalisé n'est pas liée au sexe, au type d'emploi, au statut de responsable de personne à charge ni au secteur d'emploi.

## 5.5 Visites à l'hôpital – Salle d'urgence

Les services d'urgence sont généralement définis comme étant des services médicaux prodigués pour des problèmes de santé qui nécessitent des soins immédiats. Ce domaine des services de santé comprend les salles d'urgence, les centres de soins d'urgence mineure et les services paramédicaux (Statistique Canada, 1999). Le temps d'attente à la salle d'urgence sert souvent d'indicateur de problèmes de dispensation des services de soins de santé. La mesure du temps d'attente est une tâche complexe (ICIS, 2003)[25].

En 1996-1997, un Canadien sur quatre (soit 5,3 millions) de 12 ans et plus ont dit avoir utilisé des services de soins d'urgence au moins une fois au cours de l'année précédente (Statistique Canada, 1999). En général, les femmes sont légèrement plus susceptibles que les hommes d'utiliser des services de santé d'urgence (Statistique Canada, 1999).

25 On trouve un excellent tableau résumant qui a attendu pour quoi et pendant combien de temps, à la p. 85 de ce rapport de l'ICIS.

### Un peu plus d'un répondant sur dix a reçu des soins à la salle d'urgence d'un hôpital

Un peu plus d'un employé sur dix de cet échantillon (soit 13 %) a reçu des soins médicaux à la salle d'urgence d'un hôpital, au cours des six mois précédant cette étude, pour un problème de santé personnel (2 % sont allés à la salle d'urgence trois fois ou plus). Ces répondants sont allés à la salle d'urgence en moyenne 1,6 fois en six mois. Pour tout l'échantillon, les employés sont allés en moyenne 0,2 fois à la salle d'urgence pendant cette période de six mois.

### Les visites à la salle d'urgence n'étaient pas liées au sexe, à la garde de personnes à charge ni au secteur d'emploi

Ni la tendance à se rendre à la salle d'urgence, ni le nombre de visites ne sont liées de façon corroborante au sexe, au statut de responsable de personne à charge ou au secteur d'emploi.

### Les titulaires d'« autres » postes sont plus susceptibles d'aller à la salle d'urgence

Les répondants professionnels et gestionnaires sont moins susceptibles d'aller à la salle d'urgence que leurs collègues titulaires d'« autres » postes (15 % des femmes et 14 % des hommes titulaires d'« autres » postes sont allés à la salle d'urgence au cours des six mois précédant cette étude, par rapport à 11 % des hommes et des femmes qui occupent des postes de professionnels et de gestionnaires). Ce résultat peut s'expliquer de plusieurs manières. D'abord, les employés titulaires d'« autres » postes sont peut-être moins susceptibles d'avoir un médecin de famille, donc sont obligés de s'adresser aux médecins des salles d'urgence lorsqu'ils ont des problèmes ou des urgences d'ordre médical. Cette explication semble s'appliquer particulièrement aux hommes titulaires d'« autres » postes (c.-à-d. qu'ils sont plus susceptibles que leurs collègues masculins professionnels ou gestionnaires de déclarer que leur santé est assez bonne ou mauvaise, mais pas plus susceptibles d'avoir consulté un médecin). Ensuite, les employés titulaires d'« autres » postes ont peut-être plus de difficulté à s'absenter du travail pour aller chez le médecin. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, les employés qui ont besoin de voir un médecin en dehors des heures de bureau vont généralement à la salle d'urgence d'un hôpital. Enfin, le fait que les femmes titulaires d'« autres » postes sont plus susceptibles que tous les autres groupes de cet échantillon de déclarer que leur santé est assez bonne ou mauvaise et d'avoir consulté un médecin et d'autres professionnels des soins de santé donne à penser que leur nombre élevé de visites à la salle d'urgence correspond à un état de santé plus déplorable.

## 5.6 Visites à l'hôpital ou à la clinique pour des soins ou des tests en clinique externe

Les soins que fournissent les hôpitaux sont en pleine évolution au Canada. On hospitalise moins de patients, mais les chirurgies d'un jour en clinique externe ont augmenté (ICIS, 2002, 2003). Examinez ce qui suit :

- Le nombre de nuits que les Canadiens ont passées dans des hôpitaux de soins aigus a chuté de près de 10 % entre 1995-1996 et 2000-2001. Une fois que l'on tient compte de la croissance de la population et du vieillissement de la population canadienne, les taux d'hospitalisation chutent de 16,5 %.
- Les Canadiens ont passé près de 21 millions de jours en hospitalisation pour soins aigus en 1999-2000—soit un déclin de 15,6 % depuis 1994-1995. Pendant la même période, le nombre de chirurgies d'un jour a augmenté de 18 % en Ontario (ICIS, 2002).

### Un peu moins d'un employé sur trois a reçu des soins en clinique externe

Tout comme l'indiquent les données nationales, un nombre beaucoup plus considérable d'employés de l'échantillon ont reçu des soins en clinique externe (29,3 % des répondants ont reçu des soins externes ou subi une chirurgie d'un jour dans un hôpital ou dans une clinique au cours des six mois précédant l'étude) que ceux qui ont été hospitalisés (6 %) ou qui sont allés à la salle d'urgence (13 %).

### Les femmes sont plus susceptibles de recevoir des soins en clinique externe que les hommes

La tendance à recevoir un traitement en clinique externe est fortement liée au sexe, car les femmes sont plus susceptibles de recevoir ce type de soins que les hommes. Ce résultat est particulièrement intéressant, parce qu'il s'applique aux répondants quels que soient leur type d'emploi, leurs responsabilités de garde de personnes à charge ou leur secteur d'emploi, et il s'applique autant à l'utilisation des soins qu'au nombre de consultations. Ces résultats sont identiques à ceux qui ont trait à la consultation de médecins, d'autres professionnels des soins de santé et de professionnels de la santé mentale. Ils découlent très probablement de la même étiologie.

**Les soins en clinique externe ne sont pas liés au type d'emploi ni au statut de responsable de personne à charge**

Ni la tendance à recevoir des soins en clinique externe, ni le nombre de consultations en clinique externe d'un hôpital ou d'une clinique ne sont liés au type d'emploi et au statut de responsable de personne à charge.

**Les employées du secteur public sont plus susceptibles que leurs collègues masculins d'avoir reçu des soins en clinique externe**

Le lien entre le sexe, le secteur d'emploi et le traitement en clinique externe est identique à la tendance observée sur l'utilisation des services de médecins, de professionnels d'autres soins de santé et de professionnels de la santé mentale : les employés du secteur privé recherchent moins ces services que les répondants de tous les autres groupes, et les employées du secteur public s'en prévalent plus que tous les répondants des autres groupes.

## 5.7 Effets du conflit entre le travail et la vie personnelle sur l'utilisation du système de soins de santé

Comme nous l'avons déjà fait remarquer dans ce rapport (section 2.1), le domaine des soins de santé est un vaste secteur qui nécessite énormément de ressources et dont les coûts ont connu une hausse spectaculaire au fil du temps. On estime qu'en 2002, le Canada a dépensé environ 122 milliards de dollars (soit en moyenne 3 572 $ par personne) en soins de santé. Entre 1997 et 2002, la dépense totale du Canada dans le domaine de la santé s'est accrue de près de 34 milliards de dollars (ce qui ne s'était jamais vu jusque-là) et a atteint son summum, même lorsqu'on tient compte de l'inflation et de la croissance de la population (ICIS, 2003).

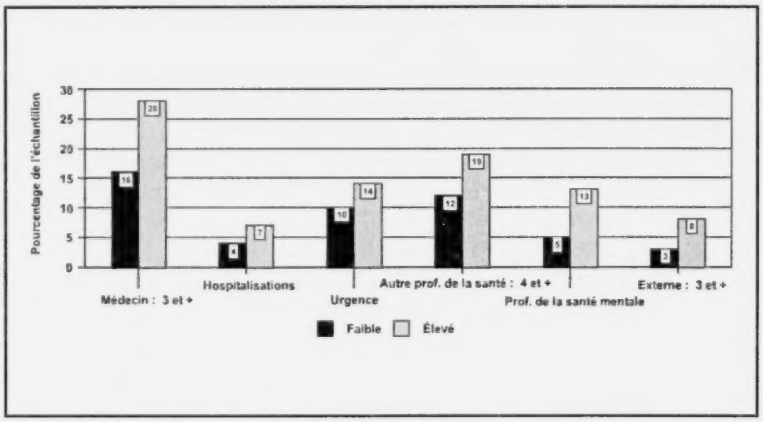
Dans Duxbury et Higgins (2003), nous avons fait remarquer qu'entre 1991 et 2001 (une période de chevauchement), la proportion de travailleurs canadiens qui subissaient des niveaux élevés de conflit entre le travail et la vie personnelle s'était aussi accrue[26]. Dans cette section, nous tentons d'établir un lien entre ces deux ensembles de données en répondant à la question suivante : Le conflit entre le travail et la vie personnelle est-il lié à une utilisation majeure du système de santé canadien?

Cette section se subdivise en quatre parties, où nous traitons de quatre formes différentes de conflit entre le travail et la vie personnelle. La surcharge de rôles est présentée en premier (5.7.1), suivie de l'interférence du travail dans la famille (5.7.2), de l'interférence de la famille dans le travail (5.7.3) et de la pression sur le fournisseur de soins (5.7.4).

### 5.7.1 Effets de la surcharge de rôles sur l'utilisation du système de santé canadien

Les données sur le lien entre la surcharge de rôles et l'utilisation du système de soins de santé se trouvent à l'annexe C ainsi qu'au graphique de la figure 5. Les données sur le risque relatif se trouvent à l'annexe D.

**Figure 5**
**Effets de la surcharge de rôles sur l'utilisation du système de santé canadien**




**Clé :**

| | |
|---|---|
| Médecin : 3+ | Consulté un médecin trois fois ou plus dans les six derniers mois. |
| Autre prof. de la santé : 4+ | Consulté un autre professionnel des soins de santé quatre fois ou plus dans les six derniers mois. |
| Externe : 3+ | Reçu des traitements en consultation externe trois fois ou plus dans les six derniers mois. |

26 Selon nos données, le pourcentage de Canadiens qui disaient subir une surcharge de rôles élevée a augmenté de 11 % entre 1991 et 2001, alors que le pourcentage de Canadiens qui disaient subir des niveaux élevés d'interférence de la famille dans le travail et de la pression sur le fournisseur de soins a doublé.

**Les employés surchargés ont davantage recours au système de santé canadien, surtout pour des soins de santé mentale**

Près de 60 % des employés de cet échantillon subissent des niveaux élevés de surcharge de rôles. Quels en sont les effets sur la santé et sur le fardeau que subit le système de santé canadien? Les résultats tirés de ces données ne laissent planer aucun doute : les employés qui ont des niveaux élevés de surcharge de rôles utilisent plus souvent le système de santé canadien que ceux qui ont un niveau peu élevé de surcharge de rôles. Examinez ce qui suit. Au cours des six mois précédant cette étude, lorsqu'on les compare aux employés qui ont un niveau peu élevé de surcharge de rôles, les employés qui subissaient des niveaux élevés de surcharge de rôles étaient :

- 2,6 fois plus susceptibles d'avoir consulté un professionnel de la santé mentale;
- 2,4 fois plus susceptibles d'avoir reçu des soins en clinique externe trois fois ou plus;
- 1,8 fois plus susceptibles d'avoir consulté un médecin trois fois ou plus;
- 1,6 fois plus susceptibles d'avoir consulté un autre professionnel de soins de santé quatre fois ou plus;
- 1,5 fois plus susceptibles d'avoir passé au moins une nuit à l'hôpital;
- 1,4 fois plus susceptibles d'être allés à la salle d'urgence d'un hôpital.

Les employés qui ont des niveaux peu élevés de surcharge de rôles sont 1,3 fois plus susceptibles de ne pas avoir consulté leur médecin au cours des six mois précédents et utilisent moins que les autres toutes les composantes du système de soins de santé examinées dans ce rapport (voir l'annexe C).

Ensemble, ces données portent à croire que la santé des Canadiens (surtout leur santé mentale) s'améliorerait et qu'on pourrait réduire l'utilisation du système de santé canadien si l'on réduisait le nombre des employés qui subissent des niveaux élevés de surcharge de rôles. Il faudrait pour cela que les organismes et les gouvernements abordent le problème de la charge de travail et l'utilisation de la bureautique et qu'ils soutiennent les employés qui doivent prodiguer des soins à leurs enfants ou à des aînés.

### 5.7.2 Effets de l'interférence du travail dans la famille sur l'utilisation du système de santé canadien

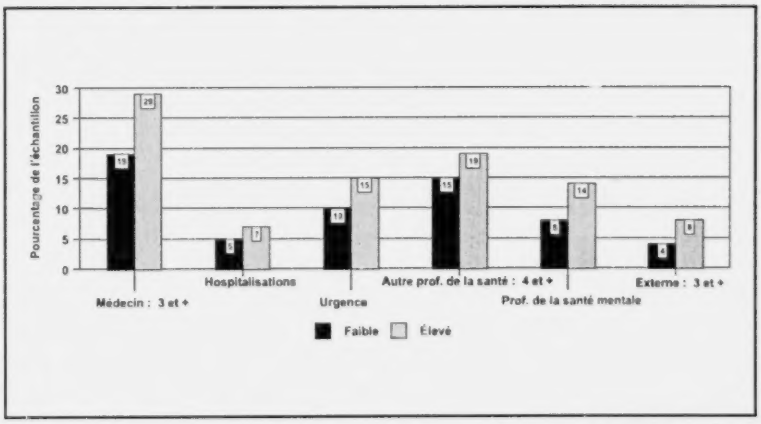
Nous présentons les données sur le lien entre l'interférence du travail dans la famille et l'utilisation du système de soins de santé à l'annexe C ainsi qu'au graphique de la figure 6. Les données sur le risque relatif se trouvent à l'annexe D.

**Les employés qui subissent l'interférence du travail dans la famille utilisent plus le système de santé canadien**

Environ un employé sur trois de cet échantillon subit des niveaux élevés d'interférence du travail dans la famille. Ces personnes utilisent plus le système de santé canadien que leurs collègues qui ne subissent pas cette interférence. Nous pouvons déterminer l'ampleur du lien entre l'interférence du travail dans la famille et l'utilisation du système de santé canadien en examinant les données

**Figure 6**
**Effets des niveau élevés d'interférence du travail sur l'utilisation du système de santé canadien**

*Pourcentage des répondants aux prises avec des niveau élevés et faibles d'interférence du travail dans la famille qui ont, au cours des six dernier mois, fait l'utilisation suivante de ces facettes du système de soins de santé*




**Clé :**

| | |
|---|---|
| Médecin : 3+ | Consulté un médecin trois fois ou plus dans les six derniers mois. |
| Autre prof. de la santé : 4+ | Consulté un autre professionnel des soins de santé quatre fois ou plus dans les six derniers mois. |
| Externe : 3+ | Reçu des traitements en consultation externe trois fois ou plus dans les six derniers mois. |

suivantes sur le risque relatif. Au cours des six mois précédant cette étude, comparativement à leurs collègues qui subissent de faibles niveaux d'interférence du travail dans la famille, les employés qui subissent des niveaux élevés d'interférence du travail dans la famille sont :

- 1,7 fois plus susceptibles d'avoir consulté un professionnel de la santé mentale;
- 1,7 fois plus susceptibles d'avoir reçu des soins en clinique externe trois fois ou plus;
- 1,6 fois plus susceptibles d'avoir consulté un médecin trois fois ou plus;
- 1,5 fois plus susceptibles de s'être rendus à la salle d'urgence d'un hôpital;
- 1,4 fois plus susceptibles d'avoir passé au moins une nuit à l'hôpital;
- 1,3 fois plus susceptibles d'avoir consulté un autre professionnel des soins de santé quatre fois ou plus.

### 5.7.3 Effets de l'interférence de la famille dans le travail sur l'utilisation du système de santé canadien

Les données qui lient l'interférence de la famille dans le travail à l'utilisation du système de soins de santé se trouvent à l'annexe C ainsi qu'au graphique de la figure 7. Les données sur le risque relatif se trouvent à l'annexe D.

#### L'interférence de la famille dans le travail peut être liée à une détérioration de la santé mentale

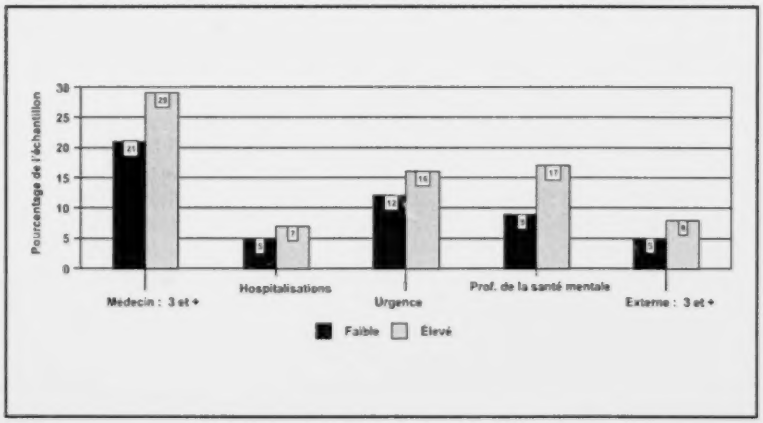
Un employé sur dix de cet échantillon subit des niveaux élevés d'interférence de la famille dans le travail. Bien que ces personnes utilisent plus le système de santé canadien que leurs collègues qui ne subissent pas cette interférence, l'ampleur du lien entre cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle et l'utilisation du système de santé canadien est (à une exception près) moins élevée que celle que l'on observe pour les trois autres formes de conflit entre le travail et la vie personnelle. Au cours des six mois précédant cette étude, comparativement à leurs collègues qui subissent de faibles niveaux d'interférence de la famille dans le travail, les employés qui subissent des niveaux élevés d'interférence de la famille dans le travail sont :

- 1,9 fois plus susceptibles d'avoir consulté un professionnel de la santé mentale;
- 1,6 fois plus susceptibles d'avoir reçu des soins en clinique externe trois fois ou plus;
- 1,4 fois plus susceptibles d'avoir consulté un médecin trois fois ou plus;
- 1,3 fois plus susceptibles d'être allés à la salle d'urgence d'un hôpital;
- 1,3 fois plus susceptibles d'avoir passé au moins une nuit à l'hôpital.

Il est un aspect extrêmement intéressant – celui du lien élevé entre l'interférence de la famille dans le travail et l'utilisation des services de soins de santé mentale (les personnes qui subissent des niveaux élevés de cette forme d'interférence sont presque deux fois plus susceptibles de se prévaloir de ces soins que celles qui subissent des niveaux peu élevés de cette interférence). Il est difficile de déterminer à partir de ces données ce qui cause ce lien, car la direction de la causalité n'est pas claire. Nous pouvons spéculer que le fait d'accorder la priorité à sa famille dans notre société qui, du point de vue matériel et social, honore le comportement opposé (c.-à-d. qui donne

**Figure 7**
**Répercussions des niveau élevés d'interférence du travail sur l'utilisation du système de santé canadien**

*Pourcentage des répondants aux prises avec des niveau élevés et faibles d'interférence de la famille dans le travail qui ont, au cours des six derniers mois, fait l'utilisation suivante de ces facettes du système de soins de santé*




**Clé :**

| | |
|---|---|
| Médecin : 3+ | Consulté un médecin trois fois ou plus dans les six derniers mois. |
| Externe : 3+ | Reçu des traitements en consultation externe trois fois ou plus dans les six derniers mois. |

la priorité au travail) provoque des niveaux de stress plus élevés ainsi que de la dépression et une baisse de l'estime de soi. Cette explication repose sur la supposition que l'interférence de la famille dans le travail nuit à la santé mentale. D'un autre côté, il est possible que la famille prime sur le travail lorsqu'il y a des problèmes au foyer, lorsque la demande liée aux soins de santé s'accroît ou que la personne souffre de stress et de dépression (c.-à-d. d'une détérioration de sa santé mentale). On suppose que la détérioration de la santé mentale cause des niveaux plus élevés d'interférence de la famille dans le travail plutôt que le contraire. Il sera nécessaire de mener une recherche plus approfondie à ce sujet afin de déterminer la direction de la causalité de ce lien, car il contribue à définir la meilleure solution à apporter à ce problème.

### 5.7.4 Effets de la pression sur le fournisseur de soins sur l'utilisation du système de santé canadien

Les données liant la pression sur le fournisseur de soins à l'utilisation du système de santé canadien se trouvent à l'annexe C ainsi qu'au graphique de la figure 8. Les données sur le risque relatif se trouvent à l'annexe D.

#### La pression sur le fournisseur de soins peut être liée à une détérioration de la santé physique

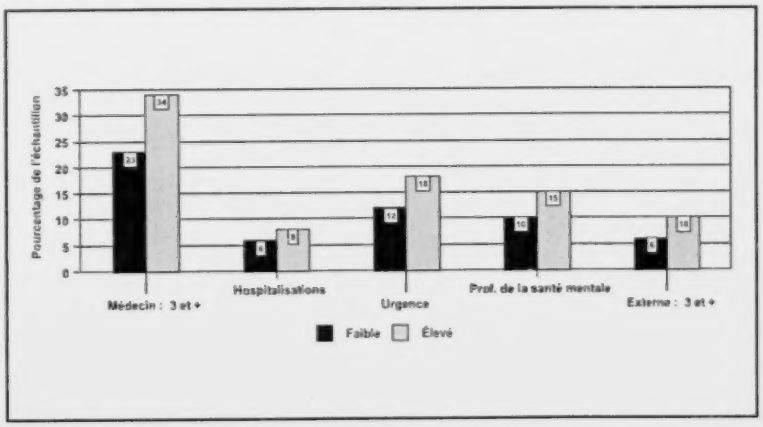
Environ un répondant sur quatre de notre étude subit des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins. Cette forme de pression semble être liée plus étroitement à la santé physique qu'aux troubles de santé mentale que les trois autres formes de conflit entre le travail et la vie personnelle. Au cours des six mois précédant cette étude, comparativement à leurs collègues qui subissent des niveaux faibles de pression sur le fournisseur de soins, les employés qui subissent des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins étaient :

- 1,8 fois plus susceptibles d'avoir reçu des soins en clinique externe trois fois ou plus;
- 1,5 fois plus susceptibles de s'être présentés à la salle d'urgence;
- 1,5 fois plus susceptibles d'avoir passé au moins une nuit à l'hôpital;
- 1,5 fois plus susceptibles d'avoir consulté un professionnel de la santé mentale;
- 1,4 fois plus susceptibles d'avoir consulté un médecin trois fois ou plus.

Les données de l'annexe C confirment l'idée selon laquelle les employés qui subissent des niveaux plus élevés de pression sur le fournisseur de soins sont en moins bonne santé physique. Les répondants de cet échantillon qui subissent des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins utilisent plus les services de médecins et sont plus susceptibles d'avoir passé du temps soit en hospitalisation, soit en clinique externe. Ils utilisent aussi plus que les autres les services de la salle d'urgence. Ces données semblent indiquer qu'on pourrait réduire les pressions sur le système de santé canadien en soutenant mieux les travailleurs canadiens qui sont chargés de prodiguer des soins à des aînés.

**Figure 8**
**Répercussions des niveau élevés de pression sur le fournisseur de soins sur l'utilisaiton du système de santé canadien**

*Pourcentage des répondants aux prises avec des niveau élevés et faibles de pression sur le fournisseur de soins qui ont, au cours des six derniers mois, fait l'utilisation suivante de ces facettes du système de soins de santé*




**Clé :**

| | |
|---|---|
| Médecin : 3+ | Consulté un médecin trois fois ou plus dans les six derniers mois. |
| Externe : 3+ | Reçu des traitements en consultation externe trois fois ou plus dans les six derniers mois. |

## 5.8 Récapitulation sur l'utilisation du système de santé

Les données présentées dans ce chapitre indiquent que les employés qui subissent des niveaux plus élevés de conflit entre le travail et la vie personnelle utilisent plus le système de santé canadien.

La surcharge de rôles élevée semble tout particulièrement constituer un facteur de risque relativement à l'incidence de problèmes de santé physique et mentale qui incitent les travailleurs canadiens à consulter un médecin. Au cours des six mois précédant cette étude, comparativement à leurs collègues qui subissent des niveaux peu élevés de surcharge de rôles, les employés qui ont des niveaux élevés de surcharge de rôles sont 2,6 fois plus susceptibles de consulter un professionnel de la santé mentale, 2,4 fois plus susceptibles d'avoir reçu des soins en clinique externe trois fois ou plus, 1,8 fois plus susceptibles d'avoir consulté un médecin trois fois ou plus, 1,6 fois plus susceptibles d'avoir consulté un autre professionnel de soins de santé quatre fois ou plus, 1,5 fois plus susceptibles d'avoir dû passer une nuit au moins à l'hôpital et 1,4 fois plus susceptibles de s'être présentés à la salle d'urgence.

Ces données portent à croire que la santé (surtout la santé mentale) des Canadiens s'améliorerait et que l'utilisation du système de santé canadien diminuerait si l'on pouvait réduire le nombre d'employés subissant des niveaux élevés de surcharge de rôles. Il faudrait pour cela que les organismes et les gouvernements abordent les problèmes de la charge de travail et de l'accroissement de l'utilisation de la bureautique. Il faudrait aussi qu'on mette en place, dans les collectivités et dans les organismes, des modes de soutien permettant de répondre aux exigences des soins aux enfants et aux aînés.

De même, les employés qui satisfont leurs exigences professionnelles aux dépens de leur famille (environ un travailleur canadien sur trois) sont beaucoup plus susceptibles que ceux qui ne subissent pas cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle d'avoir consulté un professionnel de la santé mentale (risque relatif de 1,7) et d'avoir consulté leur médecin trois fois ou plus au cours des six mois précédents (risque relatif de 1,6). Il est aussi intéressant de constater que les employés qui subissent des niveaux élevés d'interférence du travail dans la famille sont 1,7 fois plus susceptibles d'avoir reçu des soins en clinique externe trois fois ou plus au cours de cette période de six mois et 1,5 fois plus susceptibles de s'être présentés à la salle d'urgence d'un hôpital.

Ces données sous-entendent qu'il serait possible de réduire les pressions sur le système de soins de santé si les employeurs mettaient en œuvre des politiques qui aident les travailleurs canadiens à équilibrer leurs rôles au travail et dans leur famille. Nous suggérons par exemple une plus grande application de formules de travail souples, comme des horaires variables ou des semaines de travail comprimées et une meilleure organisation des déplacements et voyages liés à l'emploi.

Les niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins que subit un répondant sur quatre semblent être étroitement liés aux problèmes de santé physique plutôt que mentale. Au cours de la période précédente de six mois, comparativement à leurs collègues qui subissent des niveaux peu élevés de pression sur le fournisseur de soins, les employés qui subissent des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins étaient 1,8 fois plus susceptibles d'avoir reçu des soins en clinique externe, 1,5 fois plus susceptibles de s'être présentés à une salle d'urgence et 1,5 fois plus susceptibles d'avoir passé au moins une nuit à l'hôpital. Ces données semblent indiquer qu'il serait possible de réduire les pressions sur le système de santé canadien en soutenant mieux les travailleurs canadiens qui ont des problèmes dus à leurs responsabilités de soins aux aînés.

Enfin, bien que les personnes qui subissent des niveaux plus élevés d'interférence de la famille dans le travail utilisent plus le système de santé canadien que leurs collègues qui ne subissent pas ce genre d'interférence, l'ampleur du lien entre cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle et l'utilisation du système de santé canadien est (à une exception près) moins élevée que celle observée pour les autres formes de conflit entre le travail et la vie personnelle. L'exception à cette tendance est la consultation de professionnels de la santé mentale. Les employés qui subissent des niveaux élevés d'interférence de la famille dans le travail sont presque deux fois plus susceptibles d'avoir consulté un professionnel de la santé mentale que leurs collègues qui subissent moins d'interférence de la famille dans le travail. Il sera nécessaire de mener plus de recherches dans ce domaine afin de déterminer la direction de la causalité de ce lien.

La conclusion principale à tirer des données présentées dans ce chapitre est que le Canada ne peut plus se permettre de laisser les employés et les employeurs régler les questions de conflit entre le travail et la vie personnelle. La tendance à agir ainsi au cours de ces dix dernières années a créé des niveaux plus élevés de conflit entre le

travail et la vie personnelle (en particulier la surcharge de rôles et la pression sur le fournisseur de soins). Les données examinées dans ce chapitre lient un niveau plus élevé de conflit entre le travail et la vie personnelle à un recours plus fréquent au système de soins de santé et, par conséquent, à une augmentation du coût des soins. Bien que les employeurs économisent en « produisant plus avec moins de ressources » ainsi qu'en réduisant et en rajustant leurs effectifs, les contribuables canadiens font les frais de cette stratégie, puisque leurs impôts financent le système de soins de santé. Les employeurs paient aussi ces coûts cachés, puisque l'utilisation majeure des services d'autres professionnels des soins de santé est généralement assumée par les régimes d'avantages sociaux des employeurs.

Les données de ce chapitre confirment aussi la notion selon laquelle une meilleure attention aux problèmes de santé en milieu de travail (et le conflit entre le travail et la vie personnelle en est un) pourrait accroître les profits en améliorant l'efficacité du système de soins de santé, et ce beaucoup mieux que ne sauraient le faire les stratégies axées uniquement sur les systèmes de prestation des soins de santé.

# Chapitre 6

## *Estimation du coût des soins de santé découlant d'un grave conflit entre le travail et la vie personnelle*

Jusqu'ici, nous avons examiné les coûts considérables que le conflit entre le travail et la vie personnelle cause ainsi que les coûts directs et indirects qu'il impose aux organismes. Le stress au travail et le conflit entre le travail et la vie personnelle ne sont pas seulement préjudiciables aux employés et aux organismes, mais aussi à toute la société. En fait, tous les membres de la société en paient le prix (Cooper et coll., 1996). Dans ce chapitre, nous allons approfondir la question en tentant d'évaluer la valeur monétaire du conflit entre le travail et la vie personnelle au Canada tout entier.

Ce chapitre se subdivise en six sections. À la section 1, nous présentons le modèle socioéconomique qui sert à expliquer la source des coûts du conflit entre le travail et la vie personnelle au niveau national. La section 2 décrit les coûts de la surcharge de rôles élevée en termes de consultation des médecins, d'hospitalisation dans les hôpitaux canadiens et de visites en salle d'urgence. Nous examinerons, aux sections 3 à 5, des données similaires sur l'interférence du travail dans la famille, l'interférence de la famille dans le travail et la pression sur le fournisseur de soins. Enfin, nous récapitulerons les résultats clés de cette analyse à la dernière section de ce chapitre.

## 6.1 Modèle d'évaluation socioéconomique du conflit entre le travail et la vie personnelle

Le modèle choisi pour illustrer le coût national du conflit entre le travail et la vie personnelle provient d'une série d'études sur la santé en milieu de travail actuellement en cours à l'Union européenne (Cooper et coll., 1996; Levi et Lunde-Jensen, 1996). Les chercheurs qui mènent ce projet ont essayé de mesurer l'ampleur du stress en milieu de travail de l'Union européenne afin d'estimer ses répercussions sur toute la collectivité européenne. Le terme « socioéconomique » indique un besoin de calculer les répercussions du stress en milieu de travail de tous les secteurs de l'économie, en tenant compte non seulement des employés et des organismes, mais des gouvernements et de la société en général[27] (Cooper et coll., 1996; Levi et Lunde-Jensen, 1996). Par conséquent, la perspective socioéconomique du conflit entre le travail et la vie personnelle porte sur les coûts que cause le stress et les problèmes de santé des employés à trois niveaux : ceux de l'employé, de l'employeur ainsi que de la société en général et de son système de soins de santé (figure 9).

**Figure 9**
**Trois perspectives des coûts économiques du stress lié au travail**
*(adapté de Cooper et coll., 1996)*

**National**
(coûts socioéconomiques et coûts en soins de santé)

**Organisationnel**
(coûts financiers et santé organisationnelle en déclin)

**Individuel**
(perte du bien-être)

Cette perspective socioéconomique porte à conclure que, pour estimer le coût réel du stress en milieu de travail, nous devons examiner non seulement les coûts qu'il inflige aux organismes (p. ex., en termes de perte de rendement due à l'absentéisme), mais aux autres segments de la société sous forme de « coûts cachés » (Levi et Lunde-Jensen, 1996). En termes économiques, les coûts cachés sont considérés comme des coûts externes : des coûts élevés que subissent des segments de la société sans en retirer d'avantages (Levi et Lunde-Jensen, 1996). Par exemple, lorsque les employeurs, visant des profits à court terme, accroissent la charge de travail sans offrir de soutien, ou très peu, à leurs employés (comme on l'a vu dans le marché de la main-d'œuvre canadienne (voir

27 Dans ce rapport, nous limitons notre analyse du niveau national aux coûts que subit le système de soins de santé public. Dans Duxbury et Higgins (2003), nous nous sommes concentrés sur les coûts que l'absentéisme croissant causait aux organismes. Les coûts socioéconomiques du stress au travail et du conflit entre le travail et la vie personnelle s'étendent cependant bien au-delà de ces segments de la société. Ces répercussions comprennent souvent aussi la perte d'une occasion de pousser son éducation, la retraite précoce involontaire due au stress, l'augmentation des impôts sur le revenu pour défrayer les programmes de soutien social ainsi qu'un déclin du niveau de vie dû à une réduction de la productivité (Cooper et coll., 1996). Cette liste n'en finit pas. Nous n'avons pas tenté d'examiner ces problèmes extrêmement graves, mais complexes, dans le présent rapport.

Duxbury et Higgins [2003]), l'organisme retire plus de profits, mais quelqu'un d'autre en subit les coûts. Dans le cas du conflit entre le travail et la vie personnelle, l'employé paie en termes de malaise et de maladie, les employeurs souffrent de la perte de productivité qui en découle, et on a davantage recours au système de soins de santé canadien, avec les coûts que cela engendre.

À quel point pourrait-on réduire le coût des soins de santé si les travailleurs canadiens réussissaient mieux à équilibrer le travail et leur vie personnelle? Jusqu'ici, nous avons utilisé des indicateurs de résultats pour évaluer les coûts d'un conflit grave entre le travail et la vie personnelle par rapport à l'utilisation du système de soins de santé. Dans ce chapitre, nous allons approfondir la question en tentant d'évaluer la valeur monétaire des répercussions de l'utilisation du système de santé canadien liée à des niveaux élevés de conflit entre le travail et la vie personnelle.

La méthode d'évaluation socioéconomique suivie par Levi et Lunde-Jensen (1996) pour estimer le coût du stress en milieu de travail a été adaptée pour la présente étude afin d'étudier tout particulièrement le conflit entre le travail et la vie personnelle. Cette étude ne vise pas à expliquer de façon exhaustive la méthode d'appréciation des coûts; on pourra cependant accéder à ces renseignements en consultant le document de Duxbury et coll. (1999). Le lecteur intéressé trouvera un résumé des données pertinentes à l'annexe E, ainsi qu'un aperçu de la terminologie liée à ce modèle à l'encadré 8. Pour tous les cas cités, nous avons effectué les calculs selon la méthode décrite à l'annexe E. On trouvera un résumé des principales données au tableau 1.

## Encadré 8

### Évaluation socioéconomique : Sommaire de terminologie

**Prévalence** : La proportion de la population active exposée au facteur de risque. On s'intéressera aux quatre facteurs de risque suivants : la surcharge de rôles, les niveaux élevés d'interférence du travail dans la famille, les niveaux élevés d'interférence de la famille dans le travail et les niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins.

**Risque relatif** : La proportion de l'utilisation du système de santé qui découle de chacun de ces facteurs de risque. Trois dimensions d'utilisation du système de santé sont examinées : les visites chez le médecin, les hospitalisations (c.-à-d. les séjours à l'hôpital) et les visites au service d'urgence.

**Fraction causale** : Le pourcentage des recours au système de soins de santé qui ne surviendraient pas si ces facteurs de risque n'étaient pas présents.

**Table 1 : Coûts du conflit entre le travail et la vie personnelle liés à la santé**

| | Surcharge de rôles | Interférence du travail dans la famille | Interférence de la famille dans le travail | Pression sur le fournisseur de soins |
|---|---|---|---|---|
| Coûts des visites excédentaires chez le médecin attribuables à : | 1,84 milliard $ | 643 millions $ | 215 millions $ | 567 millions $ |
| Coûts des hospitalisations excédentaires attribuables à : | 3,82 milliards $ | 1,98 milliard $ | 247 millions $ | 4,12 milliards $ |
| Coûts des visites à l'urgence attribuables à : | 265 millions $ | 144 millions $ | 52 millions $ | 164 millions $ |
| **Total estimatif** | **5,92 milliards $** | **2,77 milliards $** | **514 millions $** | **4,85 milliards $** |

## 6.2 Coûts en soins de santé d'une forte surcharge de rôles

### On pourrait réduire le recours aux services de médecins de 25 % en éliminant la surcharge de rôles élevée

Près de 58 % des employés au service des employeurs les plus importants du Canada courent des risques élevés de subir une surcharge de rôles. Les employés qui affichent un niveau élevé de surcharge de rôles ont consulté en moyenne 1,74 fois un médecin au cours d'une période de six mois, alors que ceux qui subissent une faible surcharge de rôles n'ont consulté un médecin que 1,11 fois. Autrement dit, le risque relatif de la consultation de médecins liée à une surcharge de rôles élevée est de 1,58. La fraction causale de la surcharge de rôles s'élève donc à 25 % (c.-à-d. que la consultation de médecins pourrait être réduite d'environ 25 % si les gouvernements et les organismes éliminaient les niveaux élevés de surcharge de rôles). Le coût direct de la consultation de médecins attribuable à une surcharge de rôles élevée est estimé à environ 1,8 milliard de dollars par année.

### Une forte surcharge de rôles accroît les frais d'hospitalisation de près de 4 milliards de dollars par année

Tel que nous l'avons mentionné plus haut, on observe une forte association positive entre la surcharge de rôles et le besoin d'hospitalisation. Nous avons estimé que le nombre de jours supplémentaires passés à l'hôpital à cause d'une surcharge de rôles élevée s'élevait à presque 6 millions, qui coûtent aux contribuables canadiens près de 4 milliards de dollars par année. De plus, les données indiquent qu'il serait possible de réduire le nombre de journées d'hospitalisation d'environ 17 % en réduisant la surcharge de rôles. Cette stratégie réglerait en partie la pénurie de lits disponibles dans les hôpitaux.

### On pourrait réduire les visites à la salle d'urgence de 23 % en diminuant les niveaux élevés de surcharge de rôles

Les employés qui subissent des niveaux élevés de surcharge de rôles sont 1,5 fois plus susceptibles de se rendre à la salle d'urgence d'un hôpital que leurs collègues qui subissent une surcharge de rôles peu élevée. Cette utilisation majeure de la salle d'urgence des hôpitaux coûte au système de soins de santé environ 0,25 milliard de dollars par année. On pourrait réduire les visites à la salle d'urgence de 23 % en diminuant les niveaux élevés de surcharge de rôles. De telles mesures réduiraient considérablement les listes d'attente dans les hôpitaux ainsi que les exigences que subit le personnel des soins de santé.

## 6.3 Coûts en soins de santé de la forte interférence du travail dans la famille

### Une forte interférence du travail dans la famille coûte en soins de santé environ 650 millions de dollars par année

Un peu plus du quart des répondants du présent sondage (28 % ) courent des risques élevés de subir l'interférence du travail dans la famille. Il semble que l'on pourrait réduire chaque année de 8,7 % le nombre de consultations des Canadiens chez le médecin en éliminant l'interférence du travail dans la famille, ce qui permettrait d'économiser environ 0,66 milliard de dollars par année

### L'interférence du travail dans la famille coûte presque 2 milliards de dollars par année en hospitalisations

Les employés qui subissent des niveaux élevés d'interférence du travail dans la famille sont considérablement plus susceptibles de se faire hospitaliser que ceux qui subissent des niveaux moins élevés d'interférence. Ces journées supplémentaires (environ trois millions) coûtent aux contribuables canadiens près de 2 milliards de dollars par année. On en conclut qu'il serait possible de réduire les coûts d'hospitalisation d'environ 9 % en aidant les employés à mieux concilier travail et vie personnelle et en faisant en sorte qu'ils n'aient pas à satisfaire leurs exigences professionnelles au détriment de leurs responsabilités familiales et de leurs activités personnelles.

### On pourrait réduire le nombre de visites à la salle d'urgence de 12 % en atténuant l'interférence du travail dans la vie de famille

Les employés qui subissent des niveaux élevés d'interférence du travail dans la famille sont 1,5 fois plus susceptibles de se rendre à la salle d'urgence que leurs collègues qui subissent moins d'interférence. Cela constitue plus de 1,6 million de consultations supplémentaires par année pour les employés qui subissent l'interférence du travail dans leur vie de famille. Ces consultations supplémentaires coûtent environ 144 millions de dollars par année.

## 6.4 Coûts en soins de santé d'une forte interférence de la famille dans le travail

### L'interférence de la famille dans le travail a moins d'incidence négative sur le coût des soins de santé

Le risque relatif et le risque absolu liés à la forte interférence de la famille dans le travail sont moins élevés que ceux des autres formes de conflit entre le travail et la vie personnelle. Dans le cas du risque absolu, seulement dix répondants à la présente étude placent leur famille en priorité sur le travail (c.-à-d. niveaux élevés d'interférence de la famille dans le travail). De même, le risque relatif lié à une forte interférence de la famille dans le travail est moins élevé que celui qui se rapporte à la surcharge de rôles. Néanmoins, selon nos calculs, le coût des consultations supplémentaires de médecins dues à ce type de conflit entre le travail et la vie personnelle est d'à peine moins de 0,25 milliard de dollars par année. De même, nous estimons que le coût des hospitalisations supplémentaires dues à cette forme d'interférence s'élève aussi à 0,25 milliard de dollars.

Alors que le risque relatif des visites en salle d'urgence liées à cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle est similaire à celui que nous avons observé dans le cas de la surcharge de rôles et de l'interférence du travail dans la famille, le coût de ces visites est moins élevé (environ 52 millions de dollars), principalement parce que peu de Canadiens donnent priorité à leurs exigences familiales plutôt qu'au travail (c.-à-d. que la prévalence est faible).

## 6.5 Coûts en soins de santé de la forte pression sur le fournisseur de soins

### Les coûts de la consultation de médecins due à une forte pression sur le fournisseur de soins s'élèvent à plus de 0,50 milliard de dollars par année

Un quart des répondants au présent sondage signalent des niveaux modérés à élevés de pression sur le fournisseur de soins (c.-à-d. qu'ils ressentent une pression sur le fournisseur de soins une fois par semaine ou plus). Ces niveaux de pression sur le fournisseur de soins finissent par coûter aux contribuables canadiens près de 0,5 milliard de dollars par année, car ils accroissent le nombre de consultations auprès de médecins pour cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle. On s'attend à une hausse éventuelle de ces coûts à mesure que s'accroît la proportion de la population active qui doit s'acquitter de responsabilités concernant les soins aux aînés (voir l'examen de cette question dans Higgins et Duxbury [2002]). Le gouvernement pourrait réduire le taux de consultation de médecins de près de 10 % (facteur causal de 7,7) en aidant les travailleurs à régler les problèmes liés aux soins à prodiguer à un aîné.

### On pourrait réduire les hospitalisations de près de 20 % en atténuant la pression sur le fournisseur de soins

Les employés qui ressentent des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins sont 1,86 fois plus susceptibles de se faire hospitaliser que ceux qui ne ressentent qu'une faible pression sur le fournisseur de soins. En fait, le risque relatif d'hospitalisation est plus élevé pour cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle que pour les autres. On observe cela dans les données qui indiquent que le coût d'hospitalisation dû aux niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins s'élève à un peu plus de 4 milliards de dollars par année.

### Les niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins coûtent aux contribuables près de 200 millions de dollars par année en accroissant l'utilisation des salles d'urgence

Les données sur l'utilisation des salles d'urgence des hôpitaux due à des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins sont similaires à celles des hospitalisations. Les employés qui ressentent des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins sont 1,63 fois plus susceptibles de visiter la salle d'urgence d'un hôpital que ceux qui ne subissent qu'une faible pression sur le fournisseur de soins. Le risque relatif des visites en salle d'urgence est plus élevé pour cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle que celui de toutes les autres formes, et le coût des visites à la salle d'urgence lié aux niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins ne viennent qu'après ceux qui sont attribuables à la surcharge de rôles (soit 164 millions de dollars par année).

## 6.6 Récapitulation

L'application de ce modèle socioéconomique nous a donné une idée du coût monétaire que le conflit entre le travail et la vie personnelle semble imposer au système de soins de santé. Ce modèle indique que le fait de ne pas aider les employés qui ressentaient un conflit entre le travail et la vie personnelle a non seulement accru le niveau de stress des employés, mais a aussi ajouté des coûts cachés considérables aux employeurs et aux gouvernements.

Nous avons estimé qu'en 2001, le coût des soins de santé liés à un conflit élevé entre le travail et la vie personnelle était démesuré – il s'élevait à près de 6 milliards de dollars par année pour la surcharge de rôles élevée, à 5 milliards de dollars par année pour la forte pression sur le fournisseur de soins, à 2,8 milliards pour le niveau élevé d'interférence du travail dans la famille et à 0,5 milliard de dollars pour le niveau élevé d'interférence de la famille au travail[28]. Soulignons qu'il s'agit d'estimations très timides de ce que coûte réellement aux Canadiens le conflit entre le travail et la vie personnelle. Ces estimations de coûts s'appuient uniquement sur les données concernant les groupes qui présentent des risques élevés. Les calculs effectués (qui ne sont pas présentés ici) révèlent une hausse appréciable des estimations (plus du double) lorsqu'on ajoute les données concernant les risques modérés (p. ex., les niveaux modérés d'interférence du travail dans la famille et d'interférence de la famille dans le travail). Soulignons aussi que certains des coûts attribués aux différents types de soins de santé ont été calculés à partir de données de 1998-1999 (dans le cas de la consultation de médecins) et de 1999-2000 (dans le cas des hospitalisations). Il est très probable que le coût de ces services a augmenté ces dernières années.

Selon les données du tableau 1, deux formes de conflit entre le travail et la vie personnelle coûtent particulièrement cher, autant en termes de pression sur le système que d'augmentation des coûts : la surcharge de rôles élevée et la forte pression sur le fournisseur de soins. La surcharge de rôles semble être la plus dispendieuse : la consultation de médecins diminuerait de 25 %, les hospitalisations de 17 % et les visites aux salles d'urgence canadiennes de 23 % si l'on éliminait les niveaux élevés de ces formes de conflit entre le travail et la vie personnelle. Ces conclusions permettent de supposer que les stratégies de réduction des effectifs mises en œuvre par bon nombre d'employeurs au cours des années 1980 et 1990 conjuguées à la hausse de la charge de travail des employés (consulter Higgins et Duxbury [2002]) ont eu l'effet inverse de celui qu'on espérait. Les données examinées dans cette étude révèlent que les économies salariales (le traitement et les avantages sociaux) réalisées par les employés des secteurs public et privé à la suite de la réduction des effectifs pourraient se traduire par une augmentation considérable des coûts imposés au système de soins de santé. Il semblerait que le conflit entre le travail et la vie personnelle ne soit pas uniquement un problème d'ordre moral, mais un problème touchant la productivité et l'économie, le milieu de travail et la société. Il est donc important de l'aborder en conséquence.

La pression sur le fournisseur de soins pose également problème. En analysant nos données, nous avons découvert qu'il serait possible de réduire la consultation de médecins de 8 %, les hospitalisations de 18 % et les visites aux salles d'urgence du Canada de 14 % en éliminant les niveaux élevés de cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle. Ces conclusions portent à croire que le vieillissement de la population active canadienne et le besoin accru de fournir des soins aux aînés minent les capacités des employés à composer avec leurs responsabilités professionnelles et leurs exigences familiales. L'insuffisance des services sociaux et gouvernementaux aux aînés et les horaires de travail contraignants obligeront les employés qui doivent prodiguer des soins aux aînés à s'absenter du travail et/ou à prendre une journée de congé non rémunérée. Si aucune mesure n'est prise pour réduire les exigences auxquelles doivent satisfaire ces travailleurs, au cours de la prochaine décennie, on se retrouvera aux prises avec une augmentation importante des problèmes de santé attribuable à cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle puisqu'un nombre croissant de baby-boomers doivent assumer la responsabilité des soins à leurs parents. Ces résultats indiquent que si le monde de l'entreprise ne prend pas des mesures stratégiques pour régler ce problème dans les plus brefs délais (p. ex., mettre en œuvre des formules de travail et des avantages sociaux qui tiennent compte des besoins de la famille), le gouvernement devra intervenir afin d'aider les employés à régler leurs problèmes de soins aux aînés. Notre pays ne peut pas se permettre de payer le coût de soins de santé découlant de l'inaction des entreprises dans ce domaine.

À la lumière des données de ce chapitre, la question qu'il convient de se poser n'est plus : « Combien en coûtera-t-il pour régler le problème du conflit entre le travail et la vie personnelle », mais bien : « Comment les gouvernements peuvent-ils se permettre de ne *pas* régler ce conflit? »

28 Soulignons que ces quatre formes de conflit entre le travail et la vie personnelle sont liées (voir Duxbury et Higgins, 2003). Autrement dit, on observe un certain chevauchement des coûts liés à chacune de ces formes. Par conséquent, nous ne pouvons pas additionner ces quatre montants pour obtenir le coût total que le conflit entre le travail et la vie personnelle impose au système de soins de santé.

# Chapitre 7

## *Répercussions du conflit entre le travail et la vie personnelle sur l'usage des médicaments sur ordonnance*

Dans ce chapitre, nous abordons les questions suivantes :

- Combien les travailleurs canadiens dépensent-ils en médicaments sur ordonnance?
- Quels effets le sexe, le type d'emploi, le statut de responsable de personne à charge et le secteur d'emploi ont-ils sur le montant dépensé en médicaments sur ordonnance?
- Quel lien y a-t-il entre le conflit entre le travail et la vie personnelle et le montant dépensé en médicaments sur ordonnance?

Les données liées à ces questions se trouvent aux annexes B et C, et nous les analysons dans les sections qui suivent.

Ce chapitre comprend quatre parties principales. Nous présentons des renseignements généraux sur l'usage des médicaments sur ordonnance à la section 1. Les données sur l'usage des médicaments sur ordonnance par les travailleurs canadiens qui ont répondu au questionnaire de la présente étude se trouvent à la section 2. Nous y traitons aussi des effets du sexe, du type d'emploi, du statut de responsable de personne à charge et du secteur d'emploi sur l'usage des médicaments sur ordonnance. À la section 3, nous établissons un lien entre l'usage des médicaments sur ordonnance et le conflit entre le travail et la vie personnelle. Un résumé de nos principales constatations concernant les médicaments sur ordonnance se trouve à la section 4.

## 7.1 Usage des médicaments sur ordonnance au Canada

Les médicaments sur et sans ordonnance aident les Canadiens de différentes manières. Selon l'ICIS (2002, p. 77), ils peuvent sauver des vies, réduire le besoin d'interventions chirurgicales, maintenir ou améliorer la qualité de vie. Des millions de Canadiens prennent des médicaments chaque jour, et la plupart d'entre eux achètent au moins un médicament sur ordonnance chaque année (ICIS, 2002). En 2000, la liste de Santé Canada comprenait près de 22 000 médicaments approuvés pour les humains. Près de 5 200 d'entre eux peuvent être considérés comme des médicaments sur ordonnance (ICIS, 2002). Plusieurs sont considérés comme des « demi-technologies », car ils réduisent les symptômes, mais ne préviennent ni ne guérissent la maladie sous-jacente (ICIS, 2002). Voici un aperçu de ce qu'on sait de l'usage des médicaments sur ordonnance au Canada.

### La plupart des Canadiens se servent de médicaments sur et sans ordonnance pour traiter leurs problèmes de santé

L'ICIS (2002) affirme qu'un peu plus des trois quarts (78 %) des Canadiens de 12 ans et plus disent avoir pris un médicament sur ou sans ordonnance, ou plus, au cours du dernier mois de 1998-1999. Les femmes et les personnes âgées sont plus susceptibles d'indiquer qu'elles prennent des médicaments (ICIS, 2002).

### La plupart des Canadiens prennent des médicaments contre la douleur

Quels médicaments utilise-t-on le plus souvent? Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1998-1999, les médicaments contre la douleur sont ceux que les Canadiens (65 % d'entre eux au cours du mois précédant l'enquête) prennent le plus souvent, puis les médicaments pour le cœur (13 %), les remèdes pour l'estomac (13 %), les antibiotiques (8 %), les somnifères et les tranquillisants (5 %) et les antidépresseurs (4 %) (ICIS, 2002). Duffy (2002) présente des données similaires pour 2001, indiquant que les Canadiens ont dépensé environ 15 milliards de dollars pour des médicaments contre les maux de tête, l'hypertension artérielle, les niveaux élevés de cholestérol, la dépression, l'arthrite, l'asthme et d'autres maladies (Duffy, 2002). Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (cité dans ICIS, 2002) donne un aperçu plus générique de la situation. Selon lui, les compagnies pharmaceutiques ont vendu environ 6,3 milliards de dollars de médicaments brevetés au Canada en 2000. Il s'agit là des deux tiers (63 %) de la vente totale de médicaments au Canada. En comparaison, les médicaments sur ordonnance constituaient 43 % des ventes totales de médicaments en 1995. Les médicaments non brevetés représentaient 28 % de la vente des autres médicaments au Canada en 2000. Les médicaments génériques ne constituaient que 9 % des ventes en 2000.

### Les Canadiens dépensent chaque année en moyenne 500 $ par personne pour des médicaments

En 1993, on estimait que les dépenses en médicaments sur et sans ordonnance s'élevaient à 9,884 milliards de dollars et constituaient 6,3 % du fardeau économique total de la maladie au Canada (Statistique Canada, 1999). Ces chiffres s'élevaient à environ 15,5 milliards de dollars en 2001– soit une hausse de 8,6 % comparativement à l'année précédente (Duffy, 2002). Le gouvernement du Canada (et, par conséquent, les contribuables), paie presque la moitié (43 %) de ces coûts. Le reste est assumé par les compagnies d'assurance privées et par les particuliers.

### Les Canadiens dépensent plus en médicaments, par personne, que la plupart des autres nations

En 1997, seuls quatre des 25 pays membres de l'OCDE qui ont fait rapport de leurs dépenses en médicaments (la France, les États-Unis, le Japon et la Belgique) ont dépensé plus que le Canada en médicaments, par personne (ICIS, 2002).

### Le coût des médicaments augmente énormément, depuis un certain temps

Le coût des médicaments a énormément augmenté depuis 1979 (Statistique Canada, 1999). Selon les données publiées, en 2001, chaque Canadien a plus que doublé ses dépenses en médicaments vendus au détail depuis 1990 (sans rajustement des taux d'inflation) (ICIS, 2002).

### Une grande part de cette augmentation provient du vieillissement de la population, de la hausse du prix des médicaments et d'une plus grande dépendance envers l'usage de médicaments

Pourquoi dépense-t-on plus en médicaments? L'ICIS (2002) présente quelques raisons possibles : changement de la taille de la population totale; démographie de la population; santé des Canadiens; hausse du prix à l'unité des médicaments brevetés et non brevetés vendus en gros et au détail; hausse des honoraires professionnels; changement de la pratique des médecins à l'égard des ordonnances; utilisation par patient des médicaments (c.-à-d. chaque patient consomme plus de médicaments chaque année). Mentionnons aussi la tendance à traiter par les médicaments (en évitant autant que possible les interventions chirurgicales), l'émergence de nouvelles maladies que seuls certains médicaments peuvent guérir, et le développement de nouveaux médicaments pour traiter des maladies connues (ICIS, 2002).

Duffy (2002) fait remarquer que même si l'accroissement des dépenses en médicaments découle du vieillissement de la population et de l'invention de nouveaux remèdes, il y a d'autres explications. Ainsi, le prix des médicaments au Canada est très désavantageux par rapport à celui offert dans d'autres pays. Selon Duffy, le marché ne favorise pas la santé publique (Duffy, 2002, B2). Il soutient cette affirmation en citant les données suivantes :

- En 1996, les médicaments sur ordonnance coûtaient en moyenne 29,62 $. En 2000, ce coût avait fait un bond et s'établissait à 37,79 $.
- En Ontario, le prix moyen des médicaments sur ordonnance a grimpé de 53 % entre 1993 et 1999, même lorsque la province a gelé les prix de tous les produits qui figuraient à la liste des médicaments qu'elle assurait.

Duffy souligne aussi que le nombre de médicaments prescrits par personne a augmenté de 25 % entre 1996 et 2002. Ces données sont troublantes car, dit-il, « le Canada n'a pas la capacité économique de dépenser continuellement en soins de santé. »

### Au Canada, les secteurs public et privé paient une partie des médicaments

Au Canada, tant le secteur public que le secteur privé défraie une partie des médicaments. Les paiements du secteur public proviennent des gouvernements, des Commissions de la santé et de la sécurité au travail et d'autres régimes de sécurité sociale. Chaque Canadien paie une partie de ses médicaments, et les compagnies d'assurance privées (souvent par l'entremise de l'employeur) en paient la plus grande partie (ICIS, 2002). Même si les secteurs public et privé dépensent graduellement plus par personne en médicaments vendus au détail (sans rajustement des taux d'inflation) depuis 1975, le financement du secteur public a augmenté plus rapidement (de 16 % entre 2000 et 2001) que celui du secteur privé (augmentation de 3 % pendant cette même période) (ICIS, 2002).

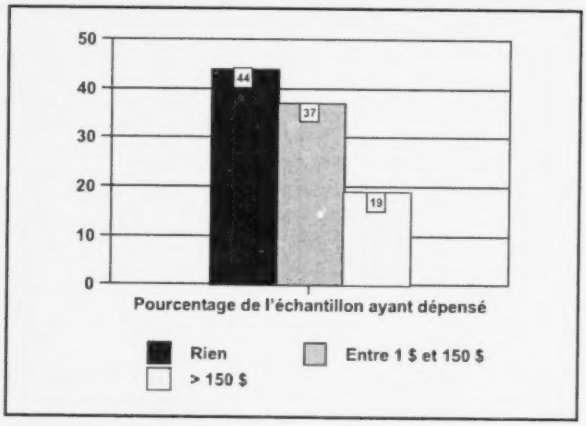
## 7.2 Usage des médicaments sur ordonnance par les travailleurs canadiens

Les données de la recherche nous fournissent plus d'information sur l'usage des médicaments sur ordonnance que font les Canadiens qui travaillent pour les plus grands employeurs du Canada.

### Un travailleur canadien sur cinq fait un usage considérable de médicaments sur ordonnance

Les travailleurs canadiens types ont dépensé environ 81,82 $ en médicaments sur ordonnance au cours d'une période de six mois. Bien que 44 % des employés n'aient pas acheté de médicaments sur ordonnance, un sur cinq d'entre eux (soit 19 %) a dépensé plus de 150 $ en médicaments en une période de six mois pour sa propre consommation. Les autres répondants (37 % de l'échantillon) ont dépensé entre 1 $ et 150 $ au cours de la période de six mois ayant précédé cette étude (voir la figure 10).

**Figure 10**
**Montant dépensé en médicaments sur ordonnance sur une période de six mois**




### La plus grande part des coûts en médicaments sur ordonnance sont payés par les employeurs

Dans la plupart des cas, les coûts en médicaments sur ordonnance sont payés par l'employeur. Quatre-vingts pour cent des répondants ont déclaré que leur employeur payait le montant intégral de leurs médicaments. Presque tous les autres employés ont affirmé qu'ils partageaient le paiement de leurs médicaments sur ordonnance avec leur employeur.

### Les femmes dépensent plus en médicaments sur ordonnance que les hommes

Les femmes dépensent plus que les hommes en médicaments sur ordonnance. Nous avons observé cette différence entre les sexes dans tous les types d'emploi et de secteur. Elle s'applique aux répondants avec ou sans la garde de personnes à charge. Elle correspond aussi aux conclusions présentées dans la documentation (ICIS) et confirme le fait que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de consulter un médecin ou autre professionnel des soins de santé ainsi que des professionnels de la santé mentale, et de recevoir des soins en clinique externe. L'achat de médicaments comme les contraceptifs oraux explique une certaine partie de cette différence entre hommes et femmes, mais pas toute. À nouveau, il est difficile de dire, à partir de ces données, si ces différences selon le sexe découlent d'une meilleure utilisation du système de soins de santé de la part des femmes (p. ex., elles sont plus susceptibles de consulter un professionnel de la santé lorsqu'elles sont malades afin de traiter leur maladie dès qu'elle se manifeste) ou d'une tendance de la part des hommes de ne se faire soigner que lorsqu'ils se sentent physiquement mal.

### Les femmes occupant d'« autres » postes au sein de l'organisme dépensent plus en médicaments sur ordonnance

Les femmes qui occupent d'« autres » postes dépensent plus en médicaments sur ordonnance que leurs collègues professionnelles et gestionnaires (21 % des femmes de l'échantillon des « autres » postes ont dépensé plus de 150 $ ou plus en six mois, comparativement à 18 % des femmes de l'échantillon des répondants professionnels et gestionnaires). Nous n'avons pas observé cette différence de poste chez les hommes de l'échantillon. Ces résultats correspondent à ceux observés sur la santé perçue (les femmes occupant d'« autres » postes sont plus susceptibles que les femmes de postes professionnels de déclarer que leur santé est assez bonne ou mauvaise) et sur la consultation de médecins. Ils renforcent notre opinion voulant que les postes de gestionnaire et de professionnel favorisent la santé des femmes, ou encore que les postes de bureau et d'administration (c.-à-d. les postes de col rose) nuisent plus à la santé des femmes que les postes de col bleu nuisent à celle des hommes. Cette différence signale peut-être aussi une orientation différente des femmes titulaires d'« autres » postes envers l'usage des médicaments sur ordonnance.

### Les mères et les femmes qui ont des personnes à charge dépensent plus en médicaments sur ordonnance

Les femmes qui ont des personnes à charge dépensent plus en médicaments sur ordonnance que celles qui n'ont pas à assumer de telles responsabilités (21 % d'entre elles dépensent plus de 150 $ en médicaments sur ordonnance en une période de six mois, comparativement à 19 % des femmes qui n'ont pas ces responsabilités). Nous n'avons pas observé cette différence chez les hommes de l'échantillon. Les employés (autant les femmes que les hommes ayant des personnes à charge) sont aussi plus susceptibles de consulter des professionnels de la santé mentale. Ensemble, ces résultats tendent à démontrer que les femmes qui ont des personnes à charge reçoivent peut-être des médicaments sur ordonnance contre le stress, la dépression, etc.

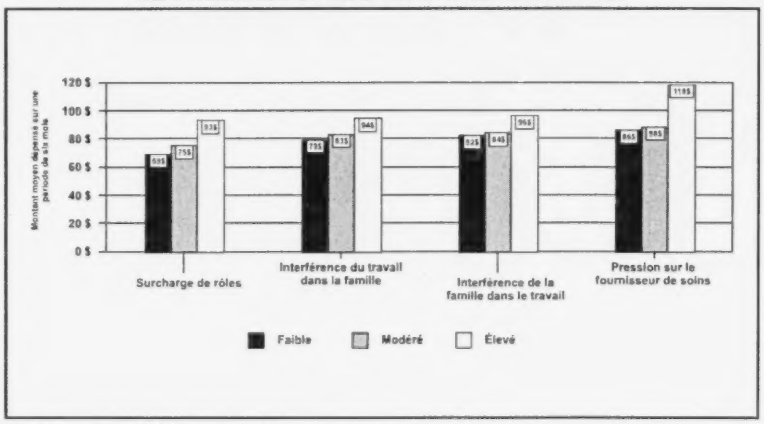
### Les employés du secteur public dépensent plus en médicaments sur ordonnance

Les résultats sur les montants dépensés en médicaments sur ordonnance sont presque identiques à ceux de la santé perçue et de la consultation de médecins et de professionnels d'autres soins de santé et de la santé mentale ainsi que des soins reçus en clinique externe : les femmes du secteur public sont les plus grandes utilisatrices de médicaments sur ordonnance (23 % ont dépensé plus de 150 $ en médicaments sur ordonnance dans les six mois précédant cette étude), et les hommes du secteur privé sont ceux qui y ont le moins recours (12 % des hommes de ce groupe ont dépensé ce montant en médicaments sur ordonnance pendant cette période). Outre ces différences, soulignons encore deux écarts intéressants. D'un côté, les hommes de l'échantillon du secteur public sont plus susceptibles de dépenser plus de 150 $ en médicaments sur ordonnance que ceux du secteur SBL qui, de leur côté, sont plus susceptibles de dépenser ce montant que ceux du secteur privé. Quant aux femmes de l'échantillon, celles du secteur privé ont plus tendance que celles du secteur SBL de dépenser 150 $ ou plus en médicaments sur ordonnance. Dans les deux cas, cependant, les répondantes du secteur public sont plus susceptibles de dépenser 150 $ ou plus en médicaments sur ordonnance que les employées des deux autres secteurs. Il est difficile, en nous fondant sur ces données, de déterminer pourquoi les employées du secteur public dépensent plus en médicaments sur ordonnance. Nous pouvons suggérer plusieurs explications qui ne s'excluent pas les unes les autres. Ces données indiquent d'abord que les régimes d'avantages sociaux du secteur public sont plus généreux que ceux qu'offrent les autres secteurs. Elles indiquent peut-être aussi que les employés du secteur public sont en plus mauvaise santé que leurs collègues des secteurs privé et SBL.

## 7.3 Lien entre l'usage des médicaments sur ordonnance et le conflit entre le travail et la vie personnelle

Trois des quatre mesures du conflit entre le travail et la vie personnelle utilisées dans la présente étude sont fortement liées au coût des médicaments sur ordonnance. Les données clés se trouvent à la figure 11 et aux annexes C et D, et nous les analysons dans la section suivante.

**Figure 11**
**Effets du conflit entre le travail et la vie personnelle sur l'utilisation de médicaments sur ordonnance**




**Tests pour les différences entre groupes**

| | |
|---|---|
| **Surcharge de rôles** | F=84,5 (2), $p$=0,0001, surcharge de rôles élevée > modérée > faible |
| Interférence du travail dans la famille : | F=29,6 (2), $p$=0,0001, Interférence élevée, modérée et faible |
| Interférence de la famille dans le travail : | F=8,10 (2), $p$=0,0003, Interférence élevée, modérée et faible |
| Pression sur le fournisseur de soins : | F=28,6 (2), $p$=0,0001, Élevée, modérée et faible pression sur le fournisseur de soins |

### Les employés qui ressentent un niveau élevé de surcharge de rôles dépensent plus en médicaments sur ordonnance

Les employés qui subissent des niveaux élevés de surcharge de rôles dépensent en moyenne 93 $ tous les six mois en médicaments sur ordonnance, un montant beaucoup plus élevé que la somme de 75 $ que dépensent ceux qui ressentent des niveaux modérés de surcharge de rôles, comparativement à 69 $ chez ceux qui ont un faible niveau de surcharge de rôles. Par extrapolation, les entreprises qui paient 100 % des dépenses de leurs employés en médicaments sur ordonnance (soit 80 % des entreprises de cet échantillon) pourraient économiser en moyenne 36 $ par employé chaque année en réduisant la surcharge de rôles à des niveaux modérés, et presque 50 $ par employé chaque année en réduisant la surcharge de rôles à de faibles niveaux.

Les données sur le risque relatif appuyent une proposition similaire. Les employés dont la surcharge de rôles est faible sont 1,3 fois plus susceptibles de n'avoir pas acheté de médicaments sur ordonnance au cours des six mois précédant cette étude que ceux qui subissent des niveaux élevés de surcharge de rôles. Cependant, les employés qui ont des niveaux élevés de surcharge de rôles sont presque deux fois plus susceptibles (risque relatif de 1,9) d'avoir dépensé 150 $ ou plus en médicaments pendant ces six mois. Ces données renforcent notre conclusion selon laquelle les employés qui travaillent trop coûtent cher à leurs employeurs, plutôt que de générer des profits.

### Les employés qui laissent régulièrement leur travail entraver leur vie familiale dépensent aussi plus en médicaments sur ordonnance

Les employés qui subissent des niveaux élevés d'interférence du travail dans la famille sont 1,3 fois plus susceptibles que ceux qui en subissent moins de dépenser 150 $ ou plus en médicaments sur ordonnance au cours d'une période de six mois. Ils dépensent environ 94 $ tous les six mois en médicaments qu'on leur a prescrits, 30 $ par année de plus que leurs collègues qui ne laissent pas le travail nuire à leur vie familiale. Nous avons fait remarquer plus haut que les employés qui font passer le travail avant la famille en paient le prix sous forme d'augmentation des niveaux de stress, d'humeur dépressive et de baisse de la satisfaction de vivre. Ces données semblent aussi indiquer que les employeurs en paient aussi le prix sous forme de coûts en soins de santé et, par conséquent, de réduction de leurs profits.

### L'interférence de la famille dans le travail n'est pas fortement liée à l'utilisation de médicaments sur ordonnance

Environ 10 % des participants de l'échantillon placent leur famille au premier plan (c.-à-d. qu'ils accordent la priorité à leurs responsabilités familiales plutôt qu'au travail en refusant de rester tard au bureau, de voyager à des fins d'affaires ou d'accepter une promotion). Il est intéressant de remarquer que ce type de comportement ne semble pas être fortement lié à l'usage de médicaments sur ordonnance. Le risque relatif d'une forte interférence de la famille dans le travail est de moins de 1,3, ce qui confirme le fait que les répondants qui ressentent une forte interférence de la famille dans le travail n'utilisent pas autant les services de soins de santé que leurs collègues qui souffrent d'une surcharge de rôles élevée ou de pression sur le fournisseur de soins.

### Les employés qui ressentent des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins dépensent beaucoup plus en médicaments sur ordonnance

L'autre forme de conflit entre le travail et la vie personnelle liée à des dépenses plus élevées en médicaments sur ordonnance est la pression sur le fournisseur de soins. Les employés qui subissent une forte pression sur le fournisseur de soins sont 1,6 fois plus susceptibles de dépenser 150 $ ou plus en six mois que les employés qui ressentent une faible pression sur le fournisseur de soins. Ils dépensent en moyenne environ 118 $ en six mois en médicaments sur ordonnance, comparativement à un montant de 86 $ que dépensent ceux qui ressentent une faible pression sur le fournisseur de soins. Cette dépense majeure de ceux qui souffrent de cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle ne nous surprend pas, car ces employés sont plus susceptibles que les répondants qui ressentent d'autres formes de conflit entre le travail et la vie personnelle d'avoir reçu des soins à l'hôpital (en hospitalisation, à la salle d'urgence ou à la clinique externe) au cours des six mois précédant cette étude. Il semblerait que la pression sur le fournisseur de soins soit liée à une hausse de l'incidence de maladies nécessitant des traitements médicaux et des médicaments sur ordonnance.

## 7.4 Récapitulation

Le Canada dépense plus en médicaments par personne (près de 15,5 milliards de dollars par année) que la plupart des autres nations. En fait, selon les estimations, les dépenses en médicaments sur et sans ordonnance constituent 6,3 % du fardeau économique total de la maladie au Canada (Statistique Canada, 1999). Le gouvernement du Canada (et, par conséquent, les contribuables) paie près de la moitié (43 %) de ces coûts. Le reste est défrayé par des compagnies d'assurance privées et par les patients eux-mêmes. Les résultats de la présente étude portent à croire que l'on pourrait réduire ces coûts en médicaments si les gouvernements et les organismes réussissaient à régler le problème que crée le conflit entre le travail et la vie personnelle.

En moyenne, les travailleurs canadiens de cet échantillon ont dépensé environ 82 $ en médicaments sur ordonnance en une période de six mois. Bien que 44 % des employés n'aient pas acheté de médicaments sur ordonnance, un employé sur cinq (19 %) a dépensé plus de 150 $ en médicaments sur ordonnance. Dans la plupart des cas, ces médicaments sur ordonnance sont payés par l'employeur, car 80 % des répondants ont indiqué que leur employeur paie le montant intégral de leurs médicaments.

Qui dépense le plus en médicaments sur ordonnance? Selon les données de la présente étude, les employés des groupes suivants sont les plus vulnérables : les femmes qui occupent d'« autres » postes, celles qui ont la garde de personnes à charge, les employés du secteur public, les personnes qui subissent des niveaux élevés de surcharge de rôles et celles qui ressentent des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins.

Ces données indiquent que les organismes et les gouvernements qui désirent payer moins en médicaments sur ordonnance (et, par conséquent, en avantages sociaux pour leurs employés) devraient s'efforcer de réduire deux formes de conflit entre le travail et la vie personnelle : la surcharge de rôles et la pression sur le fournisseur de soins.

# Chapitre 8
## *Conclusions et recommandations*

La présente étude visait à répondre aux questions de recherche suivantes :

- Comment les travailleurs canadiens perçoivent-ils leur santé physique?
- À quel degré les travailleurs canadiens utilisent-ils les diverses composantes du système de santé canadien?
- Combien les travailleurs canadiens dépensent-ils en médicaments sur ordonnance?
- Quel est l'effet du sexe, du type d'emploi, du secteur d'emploi et du statut de responsable de personne à charge sur chacune des questions ci-dessus?
- Quels sont les effets du conflit entre le travail et la vie personnelle (y compris la surcharge de rôles, l'interférence du travail dans la famille, l'interférence de la famille dans le travail et la pression sur le fournisseur de soins) sur chacune des questions ci-dessus?
- Quels sont les effets du conflit entre le travail et la vie personnelle sur le coût des soins de santé au Canada?

Ces questions de recherche ont servi à structurer le corps principal du rapport. Au Chapitre 4, nous avons examiné la perception que les Canadiens travaillant pour des entreprises de plus de 500 employés ont de leur santé. Au Chapitre 5, nous avons présenté des données repères illustrant la fréquence à laquelle les travailleurs canadiens utilisent les diverses composantes du système de santé canadien. Nous nous sommes efforcés de calculer les coûts monétaires que le conflit entre le travail et la vie personnelle impose au système de santé canadien en médicaments sur ordonnance au Chapitre 6. Les données sur l'usage des médicaments sur ordonnance se trouvent au Chapitre 7. Les données relatives à l'effet des diverses variables contextuelles (p. ex., le sexe, le type d'emploi, le statut de responsable de personne à charge et le secteur d'emploi) et du conflit entre le travail et la vie personnelle sur la santé perçue et sur l'utilisation du système de soins de santé ont été intégrées aux Chapitres 4, 5 et 7.

Dans le but de rendre les choses plus claires pour le lecteur, le dernier chapitre du présent rapport adopte une approche différente et utilise, à titre de cadre organisationnel, les diverses formes de conflit entre le travail et la vie personnelle (plutôt que les questions de recherche). Il se subdivise en sept sections et commence par un aperçu des données repères pertinentes tirées de cette étude dans les domaines de la santé perçue, de l'usage des médicaments sur ordonnance et de l'utilisation du système de santé canadien (section 8.1). Ensuite, nous revoyons les principales constatations sur l'incidence du sexe, du type d'emploi, du secteur d'emploi et du statut de responsable de personne à charge sur ces constructs (section 8.2). Dans les quatre sections qui suivent, nous examinons ce qui relie le conflit entre le travail et la vie personnelle, la santé perçue, l'utilisation du système de santé canadien et l'usage des médicaments sur ordonnance. Nous présentons d'abord la documentation sur la surcharge de rôles (section 8.3), puis nous fournissons des détails sur l'interférence du travail dans la famille (section 8.4), sur celle de la famille sur le travail (section 8.5) et enfin sur la pression que ressentent les fournisseurs de soins (section 8.6). Nous présentons nos conclusions et nos principales recommandations dans la dernière section du chapitre (section 8.7).

## 8.1 Évaluation de l'état actuel de la situation

Comment les travailleurs canadiens perçoivent-ils leur santé physique? Bien qu'un peu moins de la moitié des répondants à cette étude (48,4 %) indiquent que leur état de santé est très bon ou excellent, près d'un sur cinq (16,7 % ) perçoivent leur santé comme étant assez bonne ou mauvaise. Cette proportion de répondants qui se perçoivent en très bonne ou en excellente santé est beaucoup moins élevée que celle présentée par Statistique Canada pour les Canadiens de 12 ans et plus (d'ailleurs, rien de surprenant, la plus grande proportion d'entre eux se déclarent en assez bonne ou en mauvaise santé). Bien que la différence d'âge des deux échantillons explique quelque peu cet écart (on s'attend bien sûr à ce que les jeunes Canadiens soient en meilleure santé que les Canadiens plus âgés), il est aussi très probable que les conditions de travail et le stress lié au travail nuisent à l'état de santé des employés canadiens. Ces chiffres devraient aussi alerter les employeurs, car ils représentent une estimation timide de la proportion de l'effectif canadien qui a une incidence défavorable sur la productivité du Canada en raison de problèmes de santé,

d'un absentéisme plus fréquent et des coûts d'avantages sociaux plus élevés.

Dans quelle mesure les travailleurs canadiens utilisent-ils les diverses composantes du système de santé canadien? Les travailleurs canadiens consultent régulièrement leur médecin et d'autres professionnels de soins de santé. Au cours des six mois précédant cette étude :

- Un peu plus de la moitié (54 %) des répondants ont consulté leur médecin pour autre chose qu'un examen de routine ou un suivi de maternité. Ces employés ont consulté un médecin 5,7 fois par année en moyenne[29].
- Un répondant sur trois (29,3 %) est allé à l'hôpital ou dans une clinique soit pour des soins externes, soit pour des tests ou une chirurgie d'un jour. Ces employés sont allés à la clinique de soins externes 3,8 fois par année en moyenne.
- Un répondant sur trois (31,8 %) a consulté un professionnel de soins de santé autre qu'un médecin. Ces employés ont consulté en moyenne 10 fois par année d'autres professionnels de soins de santé.
- Un peu plus d'un employé de l'échantillon sur dix (13,1 %) a reçu des soins médicaux de la salle d'urgence d'un hôpital pour un trouble personnel de santé. Ces employés sont allés en moyenne 3,2 fois à la salle d'urgence.
- Un peu plus d'un répondant sur dix (10,6 %) a consulté un professionnel de la santé mentale. Ces personnes ont consulté en moyenne 8,2 fois par année un professionnel de la santé mentale.
- Près de 6 % des répondants ont dû être hospitalisés (c.-à-d. qu'ils ont passé au moins une nuit à l'hôpital). Ces employés ont passé en moyenne 4,6 nuits à l'hôpital par année.

Combien les travailleurs canadiens dépensent-ils en médicaments d'ordonnance? Le travailleur type à l'emploi d'un des employeurs les plus importants du pays dépense environ 164 $ par année en médicaments prescrits pour son usage personnel. Bien que 44 % des employés n'achètent pas de médicaments sur ordonnance, un sur cinq d'entre eux (19 %) dépense plus de 300 $ par année[30]. Dans 80 % de ces cas, l'employeur en paie les coûts. La correspondance étroite entre les données sur les dépenses en médicaments sur ordonnance et la santé perçue (c.-à-d. que les répondants qui ont dépensé 300 $ ou plus en médicaments sur ordonnance ont aussi déclaré se percevoir en assez bonne ou en mauvaise santé) confirme la fiabilité de ces conclusions.

## 8.2 Incidence du sexe, du type d'emploi, du secteur d'emploi et du statut de responsable de personne à charge

L'enquête a abouti à une importante collecte de données qui permettra d'examiner la santé perçue et l'utilisation du système de santé canadien par les travailleurs canadiens. Une des forces de cette étude est le potentiel que ces importants ensembles de données fournissent. Il sera possible d'examiner comment des facteurs clés tels que le sexe des employés, le type d'emploi et la garde des personnes à charge peuvent influer sur la perception qu'a une personne de sa santé, sur ses achats de médicaments sur ordonnance et sur son utilisation des diverses composantes du système de soins de santé. Les principales différences liées à ces variables sont résumées au tableau 2 et analysées dans le corps du rapport.

29 Nota : Dans le questionnaire, nous avons demandé aux répondants de se fonder sur la période de six mois précédant l'étude en répondant aux questions sur leur utilisation du système de soins de santé, leur usage de médicaments d'ordonnance, etc. Pour faciliter la lecture de ce rapport, nous présentons les données dans la section sur nos conclusions selon le nombre de consultations ou le taux d'utilisation par année. Nous avons effectué ces estimations en multipliant par deux les résultats fondés sur la période de six mois.

30 Le reste des répondants (37 % de l'échantillon) ont dépensé entre 1 $ et 300 $ par année pour des médicaments.

**Tableau 2 : Sommaire des résultats concernant les différences au niveau de la santé entre les groupes**

| Concept | % Élevé/ % Oui | Effets sur la santé | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Sexe | Type d'emploi | RPC | Secteur d'emploi |
| Perception de la santé | 48,4% | Aucune différence | Gest./Prof. > « Autre » | Non RPC > RPC | Pub. < SBL et Priv. |
| Visites chez le médecin | 54,1% | F > H | F : « Autre » > Gest. Aucune différence pour les hommes | Aucune différence | Pub. > SBL > Priv. Hommes priv. < que tous les autres Femmes pub. > que tous les autres |
| Visites chez un autre professionnel de la santé | 31,8% | F > H | Aucune différence | Aucune différence | Hommes priv. < que tous les autres Femmes pub. > que tous les autres |
| Visites chez un professionnel de la santé mentale | 10,6% | F > H | Aucune différence | RPC > Non RPC | Hommes priv. < que tous les autres Femmes pub. > que tous les autres |
| Hôpital : hospitalisation | 5,5% | Aucune différence | Aucune différence | Aucune différence | Aucune différence |
| Hôpital : urgence | 13,1% | Aucune différence | « Autre » > Gest./Prof. | Aucune différence | Aucune différence |
| Traitement en consultation externe | 29,3% | F > H | Aucune différence | Aucune différence | Hommes priv. < que tous les autres Femmes pub. > que tous les autres |
| A dépensé 150 $ ou plus en médicaments sur ordonnance sur une période de six mois | 18,5% | F > H | F : « Autre » > Gest. Aucune différence pour les hommes | F : RPC > Non RPC Aucune différence pour les hommes | Hommes priv. < que tous les autres Femmes pub. > que tous les autres |

***Légende :*** ***F*** *= Femmes;* ***Gest.*** *= Gestion;* ***RPC*** *= Responsable de personnes à charge;* ***Pub.*** *= Secteur public;* ***H*** *= Hommes;* ***Prof.*** *= Professionnel;* ***Priv.*** *= Secteur privé;* ***SBL*** *= Sans but lucratif*

## 8.3 Surcharge de rôles

La surcharge de rôles est définie comme la perception d'être dépassé par les événements, surchargé et stressé en raison des pressions subies dans de multiples rôles. Des niveaux élevés de surcharge de rôles sont devenus systémiques dans la population d'employés travaillant pour de grandes entreprises au Canada. Les données de la présente étude indiquent que la majorité des employés canadiens qui travaillent pour des entreprises dont l'effectif est supérieur à 500 personnes (58 % de l'échantillon) est aux prises avec des niveaux élevés de surcharge de rôles – soit une augmentation de 11 % au cours de ces dix dernières années[31].

### Quelle est l'incidence des niveaux élevés de surcharge de rôles sur la santé perçue et l'utilisation du système de santé canadien?

Quels effets une surcharge de rôles élevée a-t-elle sur la santé des travailleurs canadiens et sur le fardeau que subit le système de santé canadien? Les résultats de ces données ne laissent planer aucun doute : les employés qui subissent des niveaux élevés de surcharge de rôles sont en plus mauvaise santé physique et mentale et utilisent davantage le système de santé canadien que ceux qui ressentent de faibles niveaux de surcharge de rôles. Comparativement à leurs homologues qui subissent des niveaux faibles de surcharge de rôles, ils sont :

- 2,9 fois plus susceptibles de dire que leur santé est assez bonne ou mauvaise;
- 2,6 fois plus susceptibles d'avoir consulté un professionnel de la santé mentale;
- 2,4 fois plus susceptibles d'avoir reçu des soins en clinique externe;
- 1,9 fois plus susceptibles d'avoir dépensé 300 $ ou plus en médicaments sur ordonnance en une période d'un an;
- 1,8 fois plus susceptibles d'avoir consulté un médecin six fois ou plus en une période d'un an;
- 1,6 fois plus susceptibles d'avoir consulté huit fois ou plus un professionnel des soins de santé;
- 1,5 fois plus susceptibles d'avoir dû se faire hospitaliser;
- 1,4 fois plus susceptibles de s'être présentés à la salle d'urgence d'un hôpital.

31 On trouve une analyse approfondie de ce phénomène dans Duxbury et Higgins (2003).

Quel lien ont ces données avec le système de soins de santé? Plus le conflit entre le travail et la vie personnelle est élevé, plus le coût des soins de santé augmente :

- nous avons calculé que la consultation de médecins à cause d'une surcharge de rôles élevée coûte environ 1,8 milliard de dollars par année;
- les hospitalisations dues à une surcharge de rôles élevée coûtent environ 4 milliards de dollars par année;
- les visites à la salle d'urgence d'hôpitaux dues à une surcharge de rôles élevée coûtent environ un quart de milliard de dollars par année.

Quel lien y a-t-il entre un conflit élevé entre le travail et la vie personnelle et la pression sur le système de soins de santé? Pourrions-nous réduire cette pression en réduisant la surcharge de rôles? Les données examinées dans cette étude indiquent clairement que oui! En lançant des stratégies sur la santé en milieu de travail et de la population visant à réduire la surcharge de rôles, le Canada résoudrait le problème de disponibilité des lits auquel font face de nombreux hôpitaux et réduirait considérablement les listes d'attente aux hôpitaux ainsi que la pression que subit le personnel des soins de santé.

Ces données indiquent aussi que les employeurs qui surchargent leurs employés (c.-à-d. qui insistent beaucoup sur les heures supplémentaires non payées) en paieront le prix sous forme de coûts d'avantages sociaux plus élevés. Les entreprises qui s'efforcent de réduire la surcharge de rôles en retireraient les avantages d'accroître leurs profits, de réduire les taux d'absentéisme (voir Duxbury et Higgins [2003]) et paieraient moins d'avantages sociaux.

## 8.4 Interférence du travail dans la vie de famille

Cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle survient lorsqu'un employé n'est évidemment pas en mesure d'être à deux endroits en même temps et d'accomplir simultanément deux tâches très distinctes. Les personnes qui vivent ce type de conflit entre le travail et la vie personnelle respectent leurs exigences professionnelles au détriment de leurs obligations familiales. La plupart des répondants de notre échantillon (38 %) rapportent des niveaux modérés d'interférence du travail dans la famille; un peu plus d'un répondant sur quatre (28 %) déclarent un niveau élevé d'interférence du travail dans la famille.

**Quelle est l'incidence des niveaux élevés d'interférence du travail dans la famille sur la santé perçue et l'utilisation du système de santé canadien?**

Les résultats de l'analyse présentée dans ce rapport nous incitent à conclure que les employés qui subissent des niveaux élevés d'interférence du travail dans la famille sont en moins bonne santé physique et mentale et utilisent davantage le système de santé canadien que ceux qui ont une faible interférence du travail dans la famille. Comparativement à leurs homologues qui ont de faibles niveaux d'interférence du travail dans la famille, ils sont :

- 2,4 fois plus susceptibles de dire que leur santé est assez bonne ou mauvaise;
- 1,7 fois plus susceptibles d'avoir consulté un professionnel de la santé mentale;
- 1,7 fois plus susceptibles d'avoir reçu des soins d'une clinique externe;
- 1,6 fois plus susceptibles d'avoir consulté un médecin six fois ou plus en un an;
- 1,5 fois plus susceptibles de s'être présentés à la salle d'urgence d'un hôpital;
- 1,4 fois plus susceptibles d'avoir dû se faire hospitaliser;
- 1,3 fois plus susceptibles d'avoir dépensé 300 $ ou plus en médicaments sur ordonnance au cours de l'année précédente.

Bien entendu, ces données démontrent que des niveaux plus élevés de cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle provoquent aussi une augmentation du coût des soins de santé. Par exemple, selon nos calculs, les coûts directs des soins de santé dus à des niveaux élevés d'interférence du travail dans la famille s'élèvent à près de 2,8 milliards de dollars par année (deux tiers d'un milliard de dollars en consultation de médecins, 2 milliards de dollars par année en hospitalisations, et un peu plus de 100 millions de dollars par année en visites à la salle d'urgence d'un hôpital).

## 8.5 Interférence de la famille dans le travail

Cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle survient lorsqu'un employé n'est évidemment pas en mesure d'être à deux endroits en même temps et d'accomplir simultanément deux tâches très distinctes. Ce type de conflit reflète un tout autre ensemble de priorités; cependant, les employés confrontés à cette forme d'interférence laissent leurs exigences familiales entraver l'exercice de leurs responsabilités professionnelles. Les

résultats de cette étude indiquent que seul un petit nombre de travailleurs canadiens ressentent cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle (environ 10 % de l'échantillon). Soulignons cependant que le pourcentage de l'échantillon subissant des niveaux élevés d'interférence de la famille dans le travail a doublé depuis dix ans. L'analyse des données (Duxbury et Higgins, 2003) porte à croire que cette augmentation est en grande partie attribuable à un besoin accru de soins pour les personnes à charge âgées.

**Quelle est l'incidence des niveaux élevés d'interférence de la famille dans le travail sur la santé perçue et l'utilisation du système de santé canadien?**

Cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle n'est pas aussi fortement liée à la santé perçue et à l'utilisation du système de soins de santé que les autres formes de conflit entre le travail et la vie personnelle examinées dans cette étude. Alors que l'interférence de la famille dans le travail est liée négativement à la santé perçue (les employés qui ressentent des niveaux élevés d'interférence de la famille dans le travail sont presque deux fois plus susceptibles de dire que leur santé est assez bonne ou mauvaise que ceux qui subissent de faibles niveaux d'interférence de la famille dans le travail) et liée positivement à l'utilisation du système de santé canadien et à l'usage de médicaments sur ordonnance, l'ampleur de ces liens est (à une exception près) plus faible que celle observée pour les trois autres formes de conflit entre le travail et la vie personnelle. Le degré auquel cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle accroît le coût des soins de santé et la pression sur le système est aussi plus faible que ceux observés dans le cas de la surcharge de rôles et de la pression sur le fournisseur de soins. Ces données portent à croire que la société canadienne (mais peut-être pas les employeurs) aurait avantage à ce qu'un plus grand nombre de Canadiens accordent la priorité à leur famille plutôt qu'à leur travail.

Malgré cela, ces données indiquent aussi une certaine détérioration de la santé liée au fait d'accorder une plus grande importance aux rôles familiaux qu'aux rôles professionnels – une détérioration de la santé mentale. Les employés qui subissent une interférence élevée de la famille dans le travail sont presque deux fois plus susceptibles de consulter des professionnels de la santé mentale que leurs collègues qui subissent des niveaux plus faibles de cette interférence. Il est difficile de déterminer la cause de cette incidence majeure des troubles de santé mentale dans ce groupe (p. ex., plus de stress et de dépression) à partir des données transversales recueillies pour cette analyse. Il faudra mener une recherche plus approfondie pour déterminer la direction de la causalité de ces conclusions (c.-à-d. est-ce que d'accorder la priorité à sa famille cause un stress accru, ou est-ce qu'une personne qui a une mauvaise santé mentale accorde plus d'importance à sa famille?).

## 8.6 Pression sur le fournisseur de soins

L'expression « pression sur le fournisseur de soins » est définie comme un sentiment d'écrasement, de surcharge ou de stress causé par le fait de devoir travailler et s'occuper d'un aîné ou d'un handicapé. Environ un travailleur canadien sur quatre subit des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins. Nous pouvons nous attendre à ce que cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle augmente de façon marquée au cours des prochaines années, à mesure que de plus en plus d'employés deviennent « à risque » (le vieillissement de la population canadienne signifie que davantage d'employés assumeront des responsabilités de soins aux aînés). Il est donc important que nous comprenions les effets qu'a le conflit entre le travail et la vie personnelle sur la perception de la santé et sur l'utilisation du système de soins de santé.

**Quelle est l'incidence des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins sur l'utilisation du système de santé canadien?**

Cette forme de pression semble être liée plus étroitement à des troubles de santé physique que de santé mentale, comparativement aux trois autres formes de conflit entre le travail et la vie personnelle. Les employés qui subissent des niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins consultent plus souvent le médecin et sont plus susceptibles de se faire hospitaliser ou de recevoir des soins en clinique externe. Ils visitent aussi plus souvent que les autres les salles d'urgence et dépensent plus en médicaments sur ordonnance. Comparativement à leurs homologues qui connaissent des niveaux faibles de pression sur le fournisseur de soins, ils sont :

- 1,8 fois plus susceptibles de recevoir des soins en clinique externe;
- 1,7 fois plus susceptibles de dire que leur santé est assez bonne ou mauvaise;
- 1,6 fois plus susceptibles d'avoir dépensé 300 $ ou plus en médicaments sur ordonnance au cours de l'année précédente;

- 1,5 fois plus susceptibles de consulter un professionnel de la santé mentale;
- 1,5 fois plus susceptibles de se faire hospitaliser;
- 1,5 fois plus susceptibles de visiter la salle d'urgence d'un hôpital;
- 1,4 fois plus susceptibles de consulter leur médecin six fois ou plus chaque année.

Ces données semblent indiquer que la pression sur le fournisseur de soins est liée à une augmentation de l'incidence des maladies qui exigent un traitement ou des médicaments sur ordonnance.

Les données sur la pression sur le fournisseur de soins confirment aussi nos conclusions selon lesquelles le conflit entre le travail et la vie personnelle est lié à une augmentation du coût des soins de santé et des contraintes qui s'exercent sur le système. Par exemple, selon nos calculs, les coûts directs de l'hospitalisation due à une forte pression sur le fournisseur de soins s'élèvent à environ 4 milliards de dollars par année, ceux de la consultation de médecins due à la pression sur le fournisseur de soins s'élèvent à plus de 0,5 milliard de dollars par année, et ceux des visites à la salle d'urgence des hôpitaux dues à une forte pression sur le fournisseur de soins dépassent 100 millions de dollars par année.

## 8.7 Conclusions et recommandations

Dans ce rapport, nous avons démontré que :

- le conflit entre le travail et la vie personnelle sous ses différentes formes cause un problème à de nombreux travailleurs canadiens;
- un conflit élevé entre le travail et la vie personnelle laisse aux travailleurs canadiens une perception médiocre de leur état de santé, quelle que soit leur manière de décrire le conflit entre le travail et la vie personnelle qu'ils subissent;
- les niveaux élevés de conflit entre le travail et la vie personnelle ont une incidence négative sur les profits des employeurs et accroissent les pressions sur le système de santé canadien;
- le coût des soins de santé dus à des niveaux élevés de conflit entre le travail et la vie personnelle est énorme – environ 6 milliards de dollars par année sont dus à la surcharge de rôles élevée, 5 milliards de dollars à une forte pression sur le fournisseur de soins, 2,8 milliards à une forte interférence du travail dans la famille et 0,5 milliard de dollars à une interférence élevée de la famille dans le travail[32];
- deux formes de conflit entre le travail et la vie personnelle coûtent particulièrement cher (autant en accroissement de la pression sur le système de soins de santé qu'en augmentation du coût des soins de santé et des avantages sociaux) : la surcharge de rôles et la pression sur le fournisseur de soins.

### Les gouvernements peuvent-ils vraiment se permettre de *ne pas* s'attaquer aux questions liées au conflit entre le travail et la vie personnelle?

À la lumière des données de ce chapitre, la question qu'il convient de se poser n'est plus : « Combien en coûtera-t-il pour régler le problème du conflit entre le travail et la vie personnelle? », mais bien : « Comment les gouvernements peuvent-ils se permettre de ne *pas* régler ce conflit? ». Pourquoi les employeurs et les gouvernements devraient-ils favoriser et créer des milieux de travail sains qui permettent aux employés d'équilibrer le travail et leur vie personnelle? Tout simplement, parce que la capacité concurrentielle du Canada dans les marchés mondiaux dépend de notre capacité à résoudre ce problème. Les données présentées dans ce rapport dépeignent un sombre tableau des torts que notre négligence de la santé en milieu de travail cause au système de soins de santé. Les troubles de santé qui découlent de surcharges de tâches autant au foyer qu'au travail ainsi que de l'incapacité d'équilibrer les exigences qui s'opposent les unes aux autres coûtent cher aux employeurs et se traduisent par l'augmentation des taux d'absentéisme et des coûts des avantages sociaux, mais ils ont aussi une incidence négative sur le système de soins de santé. Comme le fait remarquer le CCSSI (2002, p. 22) :

> Les limites du lieu de travail sont perméables, et les coûts se transmettent sans peine aux autres aspects de la société. C'est pourquoi la santé en milieu de travail doit être abordée en priorité par les gouvernements, et non uniquement par les employés, les employeurs et les syndicats.

32 Soulignons que ces quatre formes de conflit entre le travail et la vie personnelle sont reliées (voir Duxbury et Higgins, 2003). Autrement dit, on observera un certain chevauchement des coûts liés à chaque forme de ce conflit. Nous ne pouvons donc pas, en tenant compte de ces quatre éléments, obtenir le coût total que ce conflit impose au système de soins de santé.

**La priorité première des employeurs et des gouvernements doit être de réduire les exigences qui pèsent sur les travailleurs canadiens**

Selon les données que nous avons recueillies, les employeurs et les gouvernements qui désirent améliorer la santé de leur main-d'œuvre devraient réduire le fardeau fiscal qu'ils imposent à leurs citoyens et influencer positivement le système de soins de santé. Ils devraient aborder le problème de la surcharge de rôles. Cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle est fortement liée à de lourdes exigences professionnelles, à de longues heures de travail, au nombre croissant d'heures supplémentaires non payées, à un plus grand nombre de voyages liés à l'emploi ainsi qu'à un esprit général mettant l'accent sur la présence physique plutôt que sur le rendement et les résultats attendus. Elle affiche aussi les niveaux les plus élevés de risque relatif et absolu par rapport à la détérioration de la santé physique et mentale et à toutes les mesures de l'utilisation du système de santé canadien présentées dans cette étude.

L'indicateur principal de la surcharge élevée de rôles est le temps consacré à un emploi rémunéré. Comme nous l'avons fait remarquer dans le premier rapport de cette série (Higgins et Duxbury [2002]), le temps consacré au travail s'est accru de façon importante au cours de la dernière décennie. En 1991, un répondant sur dix travaillait plus de 50 heures par semaine, tandis qu'aujourd'hui, c'est un sur quatre. Au cours de la même période, le pourcentage des employés qui travaillaient entre 35 et 39 heures par semaine est passé de 48 % à 27 %. On a observé cet accroissement des heures de travail dans tous les types et secteurs d'emplois. Il faudra effectuer des recherches supplémentaires pour déterminer exactement pourquoi les exigences du travail se sont accrues au cours de la dernière décennie. Nos données sous-entendent les explications suivantes :

- l'anorexie organisationnelle (la réduction des effectifs - notamment au niveau des cadres moyens - implique qu'il n'y a pas suffisamment d'employés pour accomplir le travail ou pas suffisamment de gestionnaires pour élaborer des stratégies et planifier);
- la culture de l'entreprise (si un employé ne fait pas d'heures supplémentaires ou s'il n'accomplit pas de travail à domicile, il n'obtiendra pas d'avancement professionnel et perdra son emploi si des mesures de réduction des effectifs sont appliquées);
- l'utilisation accrue des technologies (des données collectées dans d'autres segments du sondage viennent appuyer partiellement cette hypothèse);
- la concurrence mondiale (étendue des heures de travail en vue d'accomplir du travail dans d'autres fuseaux horaires; concurrence accrue et désir de maintenir les coûts à un bas niveau, incitation des employeurs à embaucher le plus petit nombre d'employés possible pour réaliser les activités de l'organisation);
- les changements surviennent tellement rapidement que de nombreuses organisations ne sont plus en mesure de planifier et de cerner les priorités - lorsque l'organisation fait de la gestion des crises, la charge de travail s'accroît (des données collectées dans d'autres segments du sondage viennent appuyer partiellement cette hypothèse);
- les employés craignent de ne pas « être perçus comme des collaborateurs » et appréhendent les conséquences
- les non-professionnels peuvent craindre de perdre leur emploi s'ils ne font pas d'heures supplémentaires;
- les professionnels peuvent craindre de voir leur carrière plafonner s'ils ne font pas d'heures supplémentaires.

Le rapport entre les heures de travail, la surcharge de rôle, l'épuisement, ainsi que les problèmes de santé physique et mentale (voir Duxbury et Higgins, 2003) laisse supposer qu'il est impossible de tenir de telles charges de travail sur une longue période de temps. Les données de la présente étude confirment cette conclusion. Par leurs impôts et leur appui financier au système de soins de santé, les Canadiens subventionnent des pratiques organisationnelles telles que « en faire plus avec moins », les réductions de l'effectif, les promotions dues au nombre d'heures passées au bureau, les attentes de rendement irréalistes, la gestion des crises, etc. Ce sont les organismes qui utilisent de telles stratégies qui devraient en payer le prix, et non les contribuables canadiens. Duxbury et Higgins (2003) ajoutent plusieurs recommandations précises sur la réduction de la surcharge de rôles. Nous présentons ci-dessous d'autres recommandations pour régler ce problème.

**La deuxième priorité des employeurs et des gouvernements est de réduire la pression sur le fournisseur de soins**

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, cette forme de conflit entre le travail et la vie personnelle semble être étroitement liée aux troubles de santé physique et à une plus grande utilisation des services de soins de santé et des médicaments sur ordonnance. Nous nous attendons à ce que la proportion de la population active qui subit des

niveaux élevés de pression sur le fournisseur de soins augmente énormément au cours des dix prochaines années, lorsque les parents des baby-boomers, puis les baby-boomers eux-mêmes, auront besoin de soins. Si l'on ne prend aucune mesure pour mettre en œuvre des politiques et des processus et pour créer des établissements qui aident les employés à prendre soin de leurs parents âgés, le coût des soins de santé et la pression sur le système augmenteront de manière critique dans un très proche avenir.

Nous avons aussi analysé en profondeur le problème de la pression sur le fournisseur de soins dans Duxbury et Higgins (2003), et nous avons présenté plusieurs recommandations visant à en réduire les torts. De nouveau, nous conseillons au lecteur de consulter ce document pour y trouver des idées et des suggestions visant à réduire la pression sur le fournisseur de soins. On pourra compléter ces suggestions par les recommandations supplémentaires présentées ci-dessous.

**Aborder le problème du point de vue de la santé en milieu de travail**

Nous avons démontré dans cette étude le besoin de voir les organismes aborder les problèmes de santé en milieu de travail, comme le conflit entre le travail et la vie personnelle, d'une manière plus responsable – et qu'ils le fassent du point de vue de la santé de la population. Comment y parvenir? Les recommandations suivantes offrent des suggestions concrètes sur la manière dont les deux intervenants principaux, les gouvernements et les employeurs, peuvent poursuivre cet objectif. Bon nombre de ces recommandations ne proviennent pas uniquement de la présente étude. Comme nous l'avons fait remarquer au début de ce rapport, depuis plusieurs années, les activités d'examen du système de soins de santé foisonnent. Les études menées dans ce domaine présentent d'excellentes recommandations et suggestions sur ce qu'il faudrait y changer, et comment accomplir ces changements. Les recommandations et les stratégies proposées par le CCSSI (2002) nous ont particulièrement aidés à formuler les conseils présentés dans ce document.

### 8.7.1 Recommandations aux gouvernements

Tous les paliers de gouvernement devraient jouer un rôle crucial à ce sujet. C'est pourquoi nous offrons des recommandations dans cinq domaines généraux : les changements structuraux au palier gouvernemental, les encouragements financiers pour inciter au changement, les activités de promotion de la santé, les soins aux aînés et l'appui à la recherche et à la collecte de données pertinentes.

**Tel qu'il est actuellement structuré, le système de soins de santé n'appuie pas le changement**

Le leadership de notre système de soins de santé change constamment (depuis 1990, on compte 85 sous-ministres et 79 ministres de la santé aux paliers fédéral, provincial et territorial), et le gouvernement suscite un tel nombre d'intervenants qu'il est difficile de mettre sur pied une stratégie nationale cohérente et bien ciblée. Nous recommandons donc que :

1. Les gouvernements se concentrent sur l'uniformité du leadership dans ce domaine. Pour ce faire, ils devraient examiner les meilleures façons de réduire le volume de roulement parmi les dirigeants des ministères chargés des questions de santé en milieu de travail.

2. Le gouvernement fédéral crée un organisme qui dirige et surveille les activités de promotion de la santé en milieu de travail dans tout le pays. Cet organisme coordonnerait et intégrerait les activités des divers ministères[33] chargés de la prestation des soins de santé et de la promotion de la santé. Il aiderait le gouvernement à consolider les connaissances et les budgets, ce qui améliorerait considérablement l'efficience et l'efficacité.

**Les gouvernements doivent inciter les employeurs à adopter cette notion de changement**

Présentement, les gouvernements paient la majeure partie du coût que causent les mauvaises pratiques de santé en milieu de travail, en appuyant le système de soins de santé du pays. Pour inciter les employeurs à se concentrer sur ce problème, les gouvernements doivent accroître les frais que l'inaction dans ce domaine coûte aux employeurs. Ils doivent envisager d'offrir des incitatifs financiers pour aider les employeurs à faire leur part en matière de promotion de la santé en milieu de travail, et imposer des amendes à ceux qui ne le font pas. Nous leur recommandons d'envisager de lancer les activités suivantes pour cela :

3. Offrir aux employeurs des encouragements financiers pour les inciter à investir dans la promotion de la santé et la prévention des maladies en milieu de travail. Ils devraient pour cela aussi

33 Pour l'instant, les efforts sont fragmentés en raison de la nécessité d'assurer une coordination au sein des ministères gouvernementaux, parmi les ministères et entre les différents échelons du gouvernement.

lancer des activités visant à réduire la surcharge de rôles, l'interférence entre les rôles et la pression sur le fournisseur de soins. Ces encouragements pourraient être offerts sous forme de remboursements de taxes, de modifications à l'impôt sur le revenu, ou encore être intégrés aux régimes d'indemnisation pour accidents de travail.

4. Éliminer la désincitation financière qui incite les employeurs à étendre leur financement des soins de santé, par exemple, en leur permettant de déduire leurs frais de promotion de la santé et les coûts de leurs programmes d'équilibre entre le travail et la vie personnelle.

5. Publier des rapports de rendement sur les organismes qui lient leurs pratiques d'emploi aux coûts des systèmes de soins de santé. Ces rapports montreraient aux contribuables dans quelle mesure ils subventionnent les diverses mesures organisationnelles.

### Les gouvernements doivent inciter le public au changement dans ce domaine

Les gouvernements doivent aussi jouer un rôle crucial en transmettant au grand public le besoin d'effectuer des changements dans ce domaine et en créant des partenariats avec les groupes d'intervenants clés qui ont intérêt à aborder ces problèmes. Cette stratégie encouragera plus encore les niveaux organisationnels à effectuer des changements. Pour ce faire, nous recommandons ce qui suit :

6. Le coût (sur les profits et les coûts de renonciation) de la négligence des questions de santé en milieu de travail et de conflit entre le travail et la vie personnelle devrait devenir le centre même des campagnes de marketing social des gouvernements. Ces campagnes devraient ressembler à celles de lutte contre l'alcool au volant et contre le tabagisme. Elles devraient souligner les avantages que les organismes et la société canadienne retirent des pratiques qui misent sur la santé en milieu de travail.

7. Le Canada aurait avantage à utiliser un modèle de santé de la population pour recadrer son analyse de rentabilisation de la promotion de la santé en milieu de travail. Au lieu de promouvoir le rendement du capital investi (RCI) pour chaque entreprise, on devrait viser les objectifs sociaux plus généraux relatifs à la santé, au bien-être et à l'utilisation du système de soins de santé.

8. Les gouvernements devraient créer un site Web comme centre de distribution des connaissances et des pratiques exemplaires dans ce domaine. On devrait aussi y lier ces pratiques aux profits des organismes et illustrer les avantages que la société en retire.

Cet enjeu réunit de nombreux intervenants. Il n'est donc pas réaliste de compter sur les gouvernements uniquement pour effectuer les changements nécessaires. Nous recommandons par conséquent que :

9. Les gouvernements créent des partenariats avec les collectivités et avec les employeurs pour trouver des solutions à ces problèmes.

### Il faut placer les problèmes liés aux soins aux aînés en tête de liste des priorités

Les pressions que subissent les fournisseurs de soins à la famille vont très probablement s'accroître à mesure que la population canadienne vieillira et que la dispensation des soins passera des établissements aux familles et aux collectivités. Les dispensateurs de soins ont besoin de modes de soutien adéquats. Les données examinées dans le présent rapport indiquent les coûts à court terme de la dispensation de soins (p. ex., la détérioration de la santé, un accroissement de la consultation des médecins et de l'utilisation de médicaments sur ordonnance). Cependant, les résultats d'une étude récemment menée par Fast et coll. (2000) indiquent qu'il ne s'agit là que d'une faible manifestation de la réalité – autrement dit, que les gouvernements devront aussi en payer le prix, à long terme, si l'on n'apporte aucun soutien aux particuliers qui dispensent ces soins (c.-à-d. qu'ils estiment qu'il en coûterait entre 4,9 et 6,3 milliards de dollars pour que des professionnels rémunérés se substituent à ces dispensateurs de soins familiaux). Nous recommandons donc que :

10. Les gouvernements et les employeurs accroissent la gamme des modes de soutien aux travailleurs canadiens qui assument la responsabilité de soins aux aînés. Plus particulièrement :

    - Que les employeurs envisagent de mettre sur pied les types de soutien suivants : des formules de travail souples, des semaines de travail comprimées, des congés familiaux rémunérés, des congés à long terme avec avantages sociaux calculés au prorata.

– Que les gouvernements envisagent de mettre sur pied les types de soutien suivants : permettre de déduire les dépenses effectuées personnellement pour des soins aux aînés de l'impôt sur le revenu; parrainer des soins de relève souples par des professionnels venant à domicile; offrir la prolongation des avantages de congé pour soins compatissants[34].

**Les gouvernements devraient accorder un soutien financier pour mener des recherches empiriques approfondies dans ce domaine**

Il est encore nécessaire de « prouver » la valeur et la rentabilité des programmes de santé en milieu de travail et de promouvoir le changement dans ce domaine. Nous avons besoin de recueillir des données à jour, précises et fiables sur la santé des Canadiens et sur le système de soins de santé, car nous ne pouvons pas améliorer ce que nous ne pouvons pas mesurer (ICIS, 2002). Il nous faut mener plus de recherches sur le lien entre le rendement et la productivité et les pratiques de santé en milieu de travail (CCSSI, 2002). Nous recommandons par conséquent que les gouvernements :

11. Appuyent la recherche et les projets pilotes qui déterminent les pratiques exemplaires de gestion de la santé en milieu de travail et qu'ils favorisent l'élaboration de politiques publiques solides dans ce domaine.

12. Veillent à ce qu'on mette sur pied des systèmes de mesure pour recueillir les données nécessaires à la surveillance des coûts et à l'apport de changements dans ce domaine. Les groupes suivants doivent participer à la collecte des données pertinentes : les hôpitaux, les professionnels des soins de santé et les employeurs.

Enfin, comme nous constituons l'un des employeurs les plus importants au pays, nous recommandons que :

13. Tous les paliers gouvernementaux donnent l'exemple (p. ex., qu'ils favorisent la santé en milieu de travail et les initiatives visant l'équilibre entre le travail et la vie personnelle).

### 8.7.2 Recommandations aux employeurs

Dans Duxbury et Higgins (2003), nous avons suggéré plusieurs mesures aux employeurs désirant améliorer la santé en milieu de travail et l'équilibre entre le travail et la vie personnelle. Il a été proposé de donner aux employés un meilleur contrôle de leur journée de travail (p. ex., plus de souplesse) et de leur travail (p. ex., leur permettre de participer à la prise de décisions, leur accorder plus d'autonomie), de leur imposer des exigences professionnelles plus réalistes et d'inciter les gestionnaires à mieux soutenir leurs employés. Voici quelques autres recommandations à ce sujet :

14. Les employeurs devraient analyser le coût de leurs avantages sociaux et comprendre qui utilise quelle composante de leur régime d'avantages sociaux : les programmes d'aide aux employés, les indemnités d'invalidité à court et à long terme (incidence et durée), les indemnités pour accidents au travail, les accidents sur les lieux de travail, l'absentéisme, les médicaments sur ordonnance. Une telle évaluation de la situation permettrait à l'organisme de déterminer la valeur monétaire du coût de la santé en milieu de travail et du conflit entre le travail et la vie personnelle et aiderait les intéressés à présenter une analyse de rentabilité puissante pour appuyer les besoins de changement. Comme le fait remarquer le CCSSI (2002) :

> Les organismes ont besoin d'une telle analyse avant de s'engager financièrement et culturellement à apporter les changements nécessaires pour établir des pratiques et des politiques sur la santé en milieu de travail.

15. Les groupes de ressources humaines et de santé et sécurité au travail devraient collaborer afin de trouver une solution à ces problèmes. Ces deux groupes doivent jouer un rôle clé dans ce domaine et retireraient beaucoup à travailler ensemble (p. ex., ils peuvent étendre leur structure et mieux comprendre la situation générale). En essayant d'apporter des changements de manière cloisonnée, on est presque sûr d'échouer.

16. Les employeurs devraient se concentrer sur la mise en œuvre de mesures proactives visant la santé en milieu de travail (c.-à-d. des services d'aiguillage sur les soins aux enfants et aux aînés, des régimes d'avantages sociaux à la carte, des formules de

34 Bien que le congé pour soins compatissants constitue un premier pas important pour soutenir les soins aux aînés, il n'avantagera pas la plupart des personnes qui dispensent des soins à long terme.

travail souples, des programmes de dépistage de la maladie et de la dépression) plutôt que des mesures de réaction aux problèmes (comme des programmes d'aide aux employés).

17. Les employeurs devraient lier stratégiquement leurs initiatives sur la santé en milieu de travail et sur l'équilibre entre le travail et la vie personnelle à leurs objectifs organisationnels plus généraux, comme le recrutement, le maintien de l'effectif et la planification de la relève. Cette stratégie atténuerait le besoin de démontrer les avantages de chaque initiative visant l'équilibre entre le travail et la vie personnelle ou la santé en milieu de travail.

18. Les employeurs devraient mesurer les effets de leurs programmes sur l'équilibre entre le travail et la vie personnelle et sur la santé en milieu de travail, leurs principaux résultats et les facteurs cruciaux à leur réussite.

19. Les organismes devraient confier la responsabilité des initiatives sur l'équilibre entre le travail et la vie personnelle et la santé en milieu de travail aux cadres supérieurs (et non aux ressources humaines). Les hauts dirigeants jouent un rôle crucial à la création d'un milieu de travail sain, puisqu'ils prennent la plupart des décisions relatives à la façon d'accomplir le travail, aux échéances et aux conditions de travail.

## Bibliographie


AON Consulting. (2000). *Canada at Work. Report on Workplace Commitment.* Toronto : AON Consulting.

Bachmann, K. (2002). *Health Promotion Programs at Work: A Frivolous Cost or a Sound Investment?* Ottawa : Conference Board du Canada.

Bohen, H. et A. Viveros-Long (1981). *Balancing Jobs and Family Life*. Temple, Tex. : Temple University Press.

Brink, S., et Zeesman, A. (1997). *Mesure du bien-être social : un indice de santé sociale pour le Canada.* Ottawa : Développement des ressources humaines Canada, Direction générale de la recherche appliquée, Politique stratégique.

CCSSI (Conseil canadien sur les soins de santé intégrés). (2002). *Un document de discussion sur la santé au travail*. Ottawa : CCIH.

ICIS (Institut canadien d'information sur la santé). (2002). *Les soins de santé au Canada 2002.* Ottawa : ICIS.

ICIS. (2002). Base de données nationale sur les médecins, Rapport sur les catégories du système de groupement national, Canada, 1996-1997 à 1998-1999. Ottawa : ICIS.

ICIS. (2003). *Les soins de santé au Canada 2003.* Ottawa : ICIS.

Chen, K. et al. (2000). *Employee happiness and corporate financial performance*. Financial Practice and Education, 10, automne/hiver.

Cooper, C., Liukkonen, P., et Cartwight, S. (1996). *Stress Prevention in the Workplace: Assessing the Costs and Benefits to Organizations*. Dublin : Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.

APC (Association des psychiatres du Canada). (2000). *Les soins de santé mentale partagés au Canada*. Toronto : le Collège des médecins de famille du Canada.

Drucker, P. (1999). *Knowledge worker productivity: The biggest challenge*. California Management Review, 41 (2).

Duffy, A. (2002). *A nation's costly addiction*. The Ottawa Citizen, le samedi19 janvier, cahier B1, pages 2 et 3.

Duxbury, L. et Higgins, C. (1998). *Work-life Balance in Saskatchewan: Realities and Challenges*. Regina : Gouvernement de la Saskatchewan.

Duxbury, L. et Higgins, C. (2001). *Work–Life Balance in the New Millennium: Where Are We? Where Do We Need to Go?* RCRPP Document de travail nº. W/12. Ottawa : RCRPP. Page Web : http://www.cprn.org

Duxbury, L. et Higgins, C. (2003). *Le conflit entre le travail et la vie personnelle au Canada durant le nouveau millénaire : État de la question*. Ottawa : Santé Canada. Page Web : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/publicat/http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/publicat/work-travail/report2/index_f.html

Duxbury, L., Higgins, C., et Johnson, K. (1999). *Un examen des répercussions et des coûts du conflit travail-famille au Canada*. Ottawa : Santé Canada.

Duxbury, L., Higgins, C., Lee, C., et Mills, S. (1991). *Balancing Work and Family: A Study of the Canadian Public Sector*. Préparé pour le ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada (PNRDS). Ottawa.

Epp, Jake. (1986). *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Ottawa : Santé et Bien-être social Canada.

Fast, J., Keating, N., et Forbes, D. (2000). *A Matter of Time: The True Cost of Eldercare*. Présenté lors de l'assemblée annuelle de CAG, Edmonton.

Gutek, B., Searle, S., et Kelpa, L. (1991). *Rational versus gender role explanations for work-family conflict*. Journal of Applied Psychology, 76, pp. 560-568.

Hemingway, H., Nicholson, A., Stafford, M., Roberts, R., et Marmot, M.G. (1997). *The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by the SF-36: The Whitehall II Study*. American Journal of Public Health, 87, pp. 1484–1490.

Higgins, C. et Duxbury, L. (2002). Enquête nationale sur le conflit entre le travail et la vie personnelle (2001) : Rapport 1. Ottawa : Santé Canada. Page Web : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/work-travail/index_f.html

Higgins, C., Duxbury, L., et Lee, C. (1992). *Balancing Work and Family: A Study of the Canadian Private Sector*. London, Ontario : National Centre for Research, Management and Development.

Karasek, R., et Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York : Basic Books.

Kates, N. (2002). *Shared mental health care*. Médecin de famille canadien, mai.

Lalonde, Marc. (1974). Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : Un document de travail. Ottawa : Santé et Bien-être social Canada.

Levi, L., et Lunde-Jensen, P. (1996). *A model for assessing the costs of stressors at the national level. Socio-economic costs of work stress in two EU member states*. Dublin : Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.

Lowe, G. (2000). *La qualité du travail : Un programme axé sur les gens*. Toronto : Oxford University Press.

Lowe, G., et Schellenberg, G. (2001). *What's a Good Job? The Importance of Employment Relationships*. Ottawa : RCRPP, Série Changing Employment n° w/05.

MacBride-King, J., et Bachmann, K. (1999). *Is Work-Life Balance Still an Issue for Canadians and Their Employers? You Bet It Is*. Ottawa : Conference Board du Canada.

MacBride-King, J., et Paris, C. (1989). *Balancing work and family responsibilities*. Canadian Business Review, automne, 17-21.

Marmot, M.G., & Davey, S. (1997). *Socio-economic differential in health: The contribution of the Whitehall studies*. Journal of Health Psychology, 2, pp. 283–296.

Moos, R.H., Cronkite, R.C., Billings, A.G., et Finney, J.W. (1988). *Health and Daily Living Form Manual*. Palo Alta, Calif. : Stanford University, Social Ecology Laboratory, Department of Psychiatry.

Pratt, D. (2001). *The Healthy Scorecard*. Victoria, C.-B. : Trafford.

Robinson, B. (1983). *Validation of a caregiver strain index*. Journal of Gerontology, 38, pp. 344-348 (553).

Romanow, Roy. Notes d'allocution ... Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Association médicale canadienne à Saint-Jean (Nouveau-Brunswick), le 20 août 2002. Accès : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/hcc0233.html

Schmidt, J. (1999). *Corporate excellence in the new millennium*. Journal of Business Strategy, novembre.

Shain, M. (2000). *Conseils sur la gestion des risques associés au stress en milieu de travail*. Ottawa : Santé Canada.

Siegrist, J. (1996). *Adverse Health Effects of High Effort/Low Reward Conditions*. Journal of Occupational Health Psychology, 6, pp. 27–41.

Smallman, C. (2001). *The reality of revitalizing health and safety*. Journal of Safety Research, 32, pp. 391–439.

Starfield, B., et Shi, L. (2002). *Policy relevant determinants of health: An international perspective*. Health Policy, 60, 3, pp. 201–218.

Statistique Canada. (1999). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*. Ottawa : Statistique Canada. Cat. n° H39-467/1999E.

Townson, Monica. (1999). *Health and Wealth: How Social Factors Affect Our Well Being*. Ottawa : Canadian Centre for Policy Alternatives.

# Annexe A

## *Historique des réflexions sur les soins de santé au Canada*

Cette annexe présente un aperçu de l'historique de la réforme des soins de santé au Canada. Cet aperçu ne se veut pas une critique exhaustive sur le sujet; un tel effort dépasserait la portée du présent rapport. L'objectif de la présente annexe est plutôt de situer cette étude dans un contexte précis et aussi d'aider le lecteur à mettre les arguments et les recommandations avancés dans ce même contexte.

### La santé et les soins de santé préoccupent énormément les Canadiens

Les Canadiens sont préoccupés par les questions relatives à la santé et aux prestations de soins de santé (ICIS, 2003). Au cours des dernières décennies, de nombreux groupes d'étude et commissions des niveaux fédéral et provincial se sont vu confier la tâche de déterminer la nature du problème et de recommander des solutions.

L'ICIS (2003) distingue trois vagues de réformes qui ont mené à l'ensemble actuel des initiatives en matière de soins de santé :

- Années 1970 : Émergence des modèles d'organisation et de diversification des modes de prestation; l'accent est mis sur la participation des équipes de professionnels de la santé.
- Années 1980 : Expansion des équipes de soins de santé primaires; l'accent est mis sur l'expansion des rôles des principaux professionnels de la santé non-médecins. On commence à régionaliser au début de la décennie, mais les provinces assument toujours la responsabilité du financement de la rémunération à l'acte des médecins.
- Années 1990 : L'ère des projets pilotes - L'évaluation du changement; l'accent est mis sur les projets de démonstration en matière de soins de santé primaires qui explorent les autres méthodes d'organisation, de prestation, de gouvernance, de financement ou de rémunération.

Le rapport de l'ICIS (2003, pp. 22–23) présente un excellent sommaire des leçons qu'ont tirées les décideurs de ces projets pilotes. Un bref résumé de la façon dont les modèles de réflexion sur les soins de santé par rapport à la promotion de la santé et à la santé de la population ont évolué au Canada depuis 1970 est présenté dans la section ci-dessous.

### Les années 1970 : Diversification des modes de prestation

Au cours des années 1970, le Canada poursuit des objectifs de promotion de la santé de la population canadienne. En 1974, Marc Lalonde (alors ministre de la Santé) publie un rapport intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, dans lequel étaient appuyées les idées suivantes :

> La santé de la population est influencée par un vaste éventail de facteurs, notamment la « biologie humaine, le style de vie, l'organisation des soins de santé et le milieu social et physique dans lequel les gens vivent » (cité dans Townson, 1999, p. 1).
>
> « Les décisions personnelles et les habitudes qui sont mauvaises du point de vue de la santé constituent des risques imposés à soi-même. Quand ces risques entraînent la maladie ou la mort, on peut dire que par son style de vie, la victime contribue à causer, ou cause, sa propre maladie ou sa propre mort » (cité dans Townson, 1999, p. 2).

En d'autres mots, si le point de vue soutenu dans le rapport de Lalonde correspond au modèle de santé de la population, la politique, elle, correspond plutôt au modèle promotion de la santé (c.-à-d. que l'accent était mis sur la personne et les « choix » qu'elle fait en matière de santé—adopter des comportements sains plutôt que nuisibles pour la santé—plutôt que sur le milieu social et ses effets sur la santé et le genre de décisions qu'une personne est en mesure de prendre).

## Les années 1980 : Soins de santé primaires et régionalisation

Les rapports provinciaux des années 1980 font ressortir les thèmes principaux suivants : la régionalisation des prestations des soins de santé, l'accent mis sur le bien-être, la prévention et la santé de la population, et le besoin d'une réforme des soins de santé (ICIS, 2003).

En 1986, Jake Epp (alors ministre de la Santé et du Bien-être social) relève le défi que l'Organisation mondiale de la Santé lance aux gouvernements de définir des plans aux fins d'atteindre son but, soit « la santé pour tous d'ici l'an 2000 », en publiant un document intitulé « La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé » (Townson, 1999). Ce document présente ce qui sera décrit comme « une nouvelle vision de la santé » et les grandes lignes de six stratégies (assurer l'accès aux ressources d'information sur la santé, encourager le consensus sur les idées relatives à la santé, mettre en œuvre la recherche qui vise à appuyer la promotion de la santé, favoriser la participation du public, préconiser un rôle important pour le système de soins de santé et les services de santé communautaires, et coordonner les politiques entre les secteurs) qui permettraient au Canada d'atteindre cet objectif (Townson, 1999). À l'époque, l'accent était mis sur la promotion de la santé plutôt que sur la santé de la population. On estimait que la politique en matière de santé « préparait le terrain pour la promotion de la santé en faisant en sorte qu'il soit plus facile pour la population de faire des choix plus sains » et l'orientation portait sur la responsabilité individuelle pour une meilleure santé par l'adoption d'un style de vie sain (p. ex., cesser de fumer, ne pas conduire en état d'ébriété) (Townson, 1999, p. 2).

Toutefois, Townson (1999) note que le gouvernement commence, en 1986, à se rendre compte qu'une telle approche n'est pas entièrement réaliste. Elle propose l'extrait suivant tiré de *La santé pour tous* (p. 3) pour étayer ses arguments :

> « ...nous ne pouvons pas inviter les gens à se tenir responsables de leur santé et ensuite, retourner la situation et les rendre également responsables de maladies ou d'incapacités qui sont les conséquences de situations sociales et économiques. Une telle attitude, qui équivaut à donner tort à la victime, est basée sur l'idée saugrenue que l'individu a un pouvoir total et ultime en matière de vie et de mort. »

Toujours en 1986, le Canada est l'hôte, à Ottawa, de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé et adopte la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, selon laquelle :

> « Les conditions et ressources fondamentales de la santé sont la paix, un abri, l'éducation, l'alimentation, le revenu, un écosystème stable, des ressources durables, une justice sociale et l'équité. Est ainsi préconisée une action coordonnée visant à établir des politiques publiques saines, à créer des milieux favorables, à renforcer l'action communautaire pour la santé, à développer les aptitudes personnelles en matière de santé et à réorienter les services de santé » (ICIS, 2002, p. 60).

Le document prévoit également des mesures visant à établir une politique publique saine, à créer des milieux favorables (physiques, sociaux, économiques, culturels, spirituels) qui reconnaissent la nature toujours changeante de la société, particulièrement dans les secteurs de la technologie et de l'*organisation du travail* (ce sont les auteurs qui soulignent), à renforcer l'action communautaire, à développer les aptitudes personnelles et à réorienter les services de santé (ICIS, 2002).

## Les années 1990 : L'évaluation du changement

Les années 1990 marquent le passage, du moins sur le plan de la politique officielle, d'un modèle de promotion de la santé à une approche de santé de la population. En 1994, le Canada annonce son engagement à l'égard de la santé de la population en publiant son rapport intitulé *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*. Dans ce document, les ministres canadiens de la Santé s'engagent à s'attaquer à toutes les principales influences sur la santé, notamment aux conditions de travail et de vie, à l'environnement physique, aux habitudes de vie, à la capacité individuelle et aux habiletés d'adaptation, ainsi qu'aux services de santé (Townson, 1999).

En 1996, le Comité consultatif sur la santé de la population (CCSP) publie un rapport intitulé *Le Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes* dans lequel il affirme (tel que cité dans Townson, 1999, p. 10) :

> « Les tendances actuelles sont inquiétantes dans nombre des facteurs les plus déterminants qui font que les gens sont en santé et le restent, comme l'accès à l'emploi, le revenu adéquat et la distribution équitable des richesses. »

Le rapport reconnaît aussi (voir Townson, 1999, p. 22) que :

> « la santé est grandement touchée par des aspects de notre environnement social et économique, comme un revenu adéquat, la sécurité physique, les possibilités d'apprentissage et un travail utile. L'amitié et les autres formes de réseaux de soutien de nos familles, milieux de travail et communautés, de même que les rôles sociaux, comme les rôles des femmes et des hommes dans la société, ont également des conséquences importantes. En fait, les données révèlent que les conditions de travail et de vie ont peut-être les influences les plus déterminantes sur la santé. »

Le rapport souligne également la relation importante entre des conditions de travail saines et la santé de la population.

Les années 1990 sont aussi marquées par une période de compression budgétaire donnant lieu à un gel ou une réduction des budgets des soins de santé du secteur public pan-canadien. Ces réductions budgétaires s'étendent de 1993 à 1997 (ICIS, 2003). Le sous-financement rend difficile (voire impossible) la concrétisation des idées mises de l'avant dans le rapport précédemment mentionné.

## Le nouveau millénaire : Résoudre la crise

Au début du nouveau millénaire, les Canadiens prennent conscience que leur système de soins de santé est en crise. Parmi les symptômes de cette crise, notons les coûts incontrôlables des soins de santé, les longues périodes d'attente et les problèmes de ressources humaines dans le secteur de la santé (p. ex., pénuries de main-d'œuvre, conflits de travail, milieux de travail malsains). En réaction à cette crise, on crée des commissions et on produit des rapports gouvernementaux. Les rapports provinciaux majeurs publiés au début du XXI[e] siècle comprennent ceux présentés par Clair au Québec, Mazankowski en Alberta et Fyke en Saskatchewan (ICIS, 2003). En 2002, deux importantes commissions du gouvernement fédéral publient également leurs résultats (ICIS, 2003) :

- le *Rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie* (c.-à-d. la Commission Kirby),
- la *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada* (c.-à-d. la Commission Romanow).

Ces deux rapports préconisent une réforme majeure du système de soins de santé tout en reconnaissant que la tâche sera difficile. La Commission Romanow, par exemple, soutient que la réforme des soins de santé primaires (ICIS, 2003, p. 23) :

> « va à l'encontre des pratiques implantées dans la culture courante du système de soins de santé et qu'elle se heurte parfois à des intérêts puissants ainsi qu'à des privilèges de longue date. »

Il vaut également la peine d'indiquer que « la nature marginale des activités de prévention et de promotion » est considérée dans le rapport Romanow comme un obstacle majeur à la réforme des soins de santé (ICIS, 2003).

# Annexe B

## *Perception de la santé et utilisation du système de santé*

### 1. Résultats obtenus pour l'échantillon total

| Perception de la santé | |
|---|---|
| % Excellente/très bonne | 48,4 |
| % Bonne | 34,9 |
| % Assez bonne/mauvaise | 16,7 |
| X (écart type) | 3,44 (0,99) |
| **Visites chez le médecin** | |
| % visites | 54,1 |
| X (écart type) visites : usagers | 2,87 (2,12) |
| X (écart type) visites : échantillon total | 1,54 (2,11) |
| **Visites chez un autre professionnel de la santé** | |
| % visites | 31,8 |
| X (écart type) visites : usagers | 5,00 (3,27) |
| X (écart type) visites : échantillon total | 1,47 (2,89) |
| **Visites chez un professionnel de la santé mentale** | |
| % visites | 10,6 |
| X (écart type) visites : usagers | 4,10 (2,98) |
| X (écart type) visites : échantillon total | 0,45 (1,55) |

| Hospitalisations | |
|---|---|
| % ayant passé la nuit | 5,5 |
| X (écart type) nuits : usagers | 2,32 (2,28) |
| X (écart type) nuits : échantillon total | 0,13 (0,76) |
| **Visites à l'urgence** | |
| % visites | 13,1 |
| X (écart type) visites : usagers | 1,58 (1,23) |
| X (écart type) visites : échantillon total | 0,20 (0,68) |
| **Traitement en consultation externe** | |
| % ayant effectué une consultation externe | 29,3 |
| X (écart type) nombre de visites : usagers | 1,91 (1,40) |
| X (écart type) nombre de visites : échantillon total | 0,52 (1,12) |
| **Montant dépensé en médicaments sur ordonnance en six mois** | |
| % n'ayant fait aucune dépense | 44,0 |
| % ayant dépensé entre 1 $ et 150 $ | 37,4 |
| % ayant dépensé plus de 150 $ | 18,5 |
| X (écart type) montant | 81,82 (128,11) |
| % ayant affirmé que leur entreprise payait 100 % du coût des médicaments sur ordonnance | 80,1 |

Nota : X = moyenne

## 2. Comparaison : sexe par type d'emploi

| | Gestion ou professionnel | | « Autre » | |
|---|---|---|---|---|
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| **Perception de la santé** | | | | |
| Excellente/très bonne | 50,6 % | 52,1 % | 44,6 % | 45,7 % |
| Bonne | 34,7 % | 33,2 % | 37,0 % | 35,5 % |
| Assez bonne/mauvaise | 14,8 % | 14,6 % | 18,5 % | 18,8 % |
| Moyenne | 3,50 % | 3,52 % | 3,35 % | 3,36 % |

*F = 51,80 (3 degrés de liberté) α = 0,0001*
*Hommes G/P > Hommes A, Femmes A; Femmes G/P > Hommes A, Femmes A*

| **Visites chez le médecin** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| % visites | 49,5 % | 55,5 % | 50,7 % | 58,1 % |
| X visites (usagers) | 2,70 % | 2,86 % | 2,78 % | 3,03 % |

*F = 17,6 (3 degrés de liberté) α = 0,0001*
*Femmes G/P > Hommes G/P; Femmes A > Tous les autres groupes*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| X visites (total) | 1,33 % | 1,57 % | 1,39 % | 1,74 % |

*F = 56,82 (3 degrés de liberté) α = 0,0001*
*Femmes G/P > Hommes G/P, Hommes A; Femmes A > Tous les autres groupes*

| **Visites chez un autre professionnel de la santé** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| % visites | 27,5 % | 33,6 % | 27,6 % | 32,8 % |
| X visites (usagers) | 4,84 % | 5,19 % | 4,59 % | 5,11 % |

*F = 11,0 (3 degrés de liberté) α = 0,001;*
*Femmes G/P > Hommes G/P, Hommes A; Femmes A > Hommes A, Hommes G/P*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| X visites (total) | 1,29 % | 1,67 % | 1,21 % | 1,58 % |

*F = 35,5 (3 degrés de liberté) α = 0,001;*
*Femmes G/P > Hommes G/P, Hommes A; Femmes A > Hommes A, Hommes G/P*

| **Visites chez un professionnel de la santé mentale** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| % visites | 8,3 % | 12,8 % | 7,6 % | 12,0 % |
| X visites (usagers) | 4,20 % | 4,05 % | 4,25 % | 4,04 % |

*F = 0,70 (3 degrés de liberté) α = 0,56;*
*aucune différence importante entre les deux groupes au niveau 0,05*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| X visites (total) | 0,33 % | 0,50 % | 0,31 % | 0,45 % |

*F = 35,5 (3 degrés de liberté) α = 0,001*
*Femmes G/P > Hommes G/P, Hommes A; Femmes A > Hommes A, Hommes G/P*

| | Gestion ou professionnel | | « Autre » | |
|---|---|---|---|---|
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| **Hospitalisations** | | | | |
| % ayant passé la nuit | 5,2 % | 5,6 % | 5,7 % | 6,6 % |
| X nuits (usagers) | 2,58 % | 2,23 % | 2,57 % | 2,42 % |

*F = 1,79 (3 degrés de liberté) α = 0,17;*
*aucune différence importante entre les deux groupes au niveau 0,05*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| X nuits (total) | 0,12 % | 0,12 % | 0,13 % | 0,14 % |

*F = 1,96 (3 degrés de liberté) α = 0,12;*
*aucune différence importante entre les deux groupes au niveau 0,05*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Visites à l'urgence** | | | | |
| % visites | 10,9 % | 10,9 % | 14,4 % | 14,6 % |
| X visites (usagers) | 1,56 % | 1,51 % | 1,62 % | 1,62 % |

*F = 1,76 (3 degrés de liberté) α = 0,16;*
*aucune différence importante entre les deux groupes au niveau 0,05*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| X visites (total) | 0,16 % | 0,19 % | 0,22 % | 0,23 % |

*F = 11,84 (3 degrés de liberté) α = 0,0001*
*Femmes A > Femmes G/P, Hommes G/P; Hommes A > Femmes G/P, Hommes G/P*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Traitement en consultation externe** | | | | |
| % ayant reçu un traitement | 25,4 % | 29,9 % | 24,7 % | 31,1 % |
| X fois (usagers) | 1,94 % | 1,85 % | 1,95 % | 1,88 % |

*F = 2,0 (3 degrés de liberté) α = 0,11;*
*aucune différence importante entre les deux groupes au niveau 0,05*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| X fois (total) | 0,47 % | 0,56 % | 0,44 % | 0,56 % |

*F = 17,6 (3 degrés de liberté) α = 0,001*
*Femmes G/P > Hommes G/P, Hommes A; Femmes A > Hommes A, Hommes G/P*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Pourcentage ayant dépensé les montants suivants en médicaments sur ordonnance dans les six derniers mois** | | | | |
| Rien | 53,6 % | 39,1 % | 52,4 % | 36,4 % |
| 1 $ à 150 $ | 29,5 % | 42,5 % | 31,6 % | 42,8 % |
| > 150 $ | 16,9 % | 18,2 % | 16,0 % | 20,8 % |

*Chi carré = 630,14 (6) α = 0,001*

Nota : G/P = Gestion ou professionnel; A = « Autres »

## 3. Comparaison : selon le sexe et la responsabilité de personnes à charge (RPC)

| | Hommes | | Femmes | |
|---|---|---|---|---|
| | Pas de RPC | RPC | Pas de RPC | RPC |
| **Perception de la santé** | | | | |
| Excellente/très bonne | 51,4 % | 45,9 % | 50,3 % | 46,4 % |
| Bonne | 33,4 % | 37,1 % | 34,0 % | 35,7 % |
| Assez bonne/mauvaise | 15,2 % | 17,0 % | 15,6 % | 17,9 % |
| Moyenne | 3,52 % | 3,40 % | 3,51 % | 3,40 % |

*F = 17,7 (3 degrés de liberté) α = 0,0001*
*Femmes non RPC > Hommes RPC, Femmes RPC; Hommes non RPC > Femmes RPC, Hommes RPC*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Visites chez le médecin** | | | | |
| % visites | 49,3 % | 50,0 % | 56,2 % | 57,4 % |
| X visites (usagers) | 2,74 % | 2,73 % | 2,91 % | 3,00 % |

*F = 12,7 (3 degrés de liberté) α = 0,0001*
*Femmes RPC > Hommes RPC, Hommes non RPC; Femmes non PPC > Hommes RPC, Hommes non RPC*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| X visites (total) | 1,34 % | 1,35 % | 1,62 % | 1 69 % |

*F = 51,54 (3 degrés de liberté) α = 0,0001*
*Femmes RPC > Hommes RPC, Hommes non RPC; Femmes non RPC > Hommes RPC, Hommes non RPC*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Visites chez un autre professionnel de la santé** | | | | |
| % visites | 26,7 % | 27,7 % | 32,7 % | 33,3 % |
| X visites (usagers) | 4,72 % | 4,72 % | 5,01 % | 5,15 % |

*F = 10,1 (3 degrés de liberté) α = 0,001*
*Femmes non RPC > Hommes RPC, Hommes non RPC; Femmes RPC > Hommes RPC, Hommes non RPC*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| X visites (total) | 1,21 % | 1,26 % | 1,58 % | 1,62 % |

*F = 38,1 (3 degrés de liberté) α = 0,001*
*Femmes non RPC > Hommes RPC, Hommes non RPC; Femmes RPC > Hommes RPC, Hommes non RPC*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Visites chez un professionnel de la santé mentale** | | | | |
| % visites | 6,6 % | 8,9 % | 11,0 % | 13,2 % |
| X visites (usagers) | 4,26 % | 4,18 % | 4,21 % | 3,90 % |

*F = 2,53 (3 degrés de liberté) α = 0,05;*
*aucune différence importante entre les deux groupes au niveau 0,05*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| X visites (total) | 0,27 % | 0,35 % | 0,43 % | 0,48 % |

*F = 23,1 (3 degrés de liberté) α = 0,001*
*Hommes RPC > Hommes non RPC; Femmes non RPC > Hommes RPC, Hommes non RPC; Femmes RPC > Femmes non RPC, Hommes RPC, Hommes non RPC*

| | Hommes | | Femmes | |
|---|---|---|---|---|
| | Pas de RPC | RPC | Pas de RPC | RPC |
| **Hospitalisations** | | | | |
| % ayant passé la nuit | 5,4 % | 5,5 % | 5,6 % | 6,6 % |
| X nuits (usagers) | 2,73 % | 2,46 % | 2,32 % | 2,38 % |

*F = 1,71 (3 degrés de liberté) α = 0,17;*
*aucune différence importante entre les deux groupes au niveau 0,05*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| X nuits (total) | 0,13 % | 0,12 % | 0,12 % | 0,14 % |

*F = 1,76 (3 degrés de liberté) α = 0,12;*
*aucune différence importante entre les deux groupes au niveau 0,05*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Visites à l'urgence** | | | | |
| % visites | 12,1 % | 12,7 % | 13,3 % | 13,9 % |
| X visites (usagers) | 1,60 % | 1,60 % | 1,49 % | 1,65 % |

*F = 2,96 (3 degrés de liberté) α = 0,03;*
*aucune différence importante entre les deux groupes au niveau 0,05*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| X visites (total) | 0,19 % | 0,21 % | 0,19 % | 0,23 % |

*F = 3,04 (3 degrés de liberté) α = 0,03;*
*aucune différence importante entre les deux groupes au niveau 0,05*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Traitement en consultation externe** | | | | |
| % ayant reçu un traitement | 24,3 % | 25,4 % | 29,4 % | 31,5 % |
| X nombre (usagers) | 1,87 % | 1,92 % | 1,88 % | 1,93 % |

*F = 0,82 (3 degrés de liberté) α = 0,48;*
*aucune différence importante entre les deux groupes au niveau 0,05*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| X nombre (total) | 0,44 % | 0,47 % | 0,53 % | 0,58 % |

*F = 23,3 (3 degrés de liberté) α = 0,001;*
*Femmes non RPC > Hommes RPC, Hommes non RPC; Femmes RPC > Femmes non RPC, Hommes RPC, Hommes non RPC*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Pourcentage ayant dépensé les montants suivants en médicaments sur ordonnance dans les six derniers mois** | | | | |
| Rien | 54,1 % | 52,8 % | 37,8 % | 38,3 % |
| 1 $ à 150 $ | 30,0 % | 30,6 % | 43,7 % | 40,8 % |
| > 150 $ | 15,9 % | 16,7 % | 18,5 % | 20,9 % |

*Chi carré = 671,73 (6) α = 0,001*

Nota : RPC = responsable de personne à charge

## 4. Comparaison : sexe par secteur d'emploi

| | Secteur public | | Secteur privé | | Sans but lucratif | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| **Perception de la santé** | | | | | | |
| Excellente/très bonne | 46,1 % | 45,8 % | 48,8 % | 46,8 % | 51,1 % | 52,6 % |
| Bonne | 36,3 % | 35,4 % | 35,8 % | 34,6 % | 34,3 % | 33,1 % |
| Assez bonne/mauvaise | 17,6 % | 18,8 % | 15,4 % | 16,3 % | 14,6 % | 14,2 % |
| Moyenne | 3,36 % | 3,37 % | 3,50 % | 3,45 % | 3,50 % | 3,50 % |

*F = 23,0 (5 degrés de liberté) α = 0,0001*
*Hommes priv. > Femmes pub., Hommes pub.; Hommes SBL > Femmes pub., Hommes pub.; Femmes SBL > Femmes pub., Hommes pub.*

| **Visites chez le médecin** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| % visites | 51,5 % | 59,7 % | 42,5 % | 53,2 % | 49,9 % | 55,5 % |
| X visites (usagers) | 2,83 % | 3,05 % | 2,45 % | 2,81 % | 2,70 % | 2,89 % |

*F = 15,23 (5 degrés de liberté) α = 0,0001*
*Femmes PS > Tous les autres groupes; Hommes priv. < Tous les autres groupes*

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| X visites (total) | 1,45 % | 1,80 % | 1,02 % | 1,47 % | 1,30 % | 1,59 % |

*F = 56,23 (5 degrés de liberté) α = 0,0001*
*Femmes pub. > Tous les autres groupes; Hommes priv. < Tous les autres groupes; Femmes SBL > Hommes pub., Hommes priv., Hommes SBL; Femmes priv. > Hommes priv. (c.-à-d. les femmes sont plus nombreuses que les hommes dans ce secteur), Hommes pub. > Hommes SBL*

| **Visites chez un autre professionnel de la santé** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| % visites | 27,7 % | 35,0 % | 23,9 % | 30,2 % | 28,4 % | 32,3 % |
| X visites (usagers) | 4,68 % | 5,23 % | 4,34 % | 4,98 % | 4,95 % | 5,07 % |

*F = 9,25 (5 degrés de liberté) α = 0,0001*
*Hommes Priv. < Tous les autres groupes; Femmes pub. > Hommes pub.; Femmes SBL > Hommes pub.*

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| X visites (total) | 1,25 % | 1,75 % | 0,99 % | 1,42 % | 1,35 % | 1,54 % |

*F = 34,15 (5 degrés de liberté) α = 0,0001*
*Hommes priv. < Tous les autres groupes; Femmes pub. > Hommes pub., Hommes priv., Hommes SBL; Femmes priv. > Hommes pub., Hommes priv., Hommes SBL; Femmes SBL > Hommes pub., Hommes priv., Hommes SBL (c.-à-d. les femmes sont plus nombreuses que les hommes dans ce secteur)*

| **Visites chez un professionnel de la santé mentale** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| % visites | 8,4 % | 13,1 % | 6,4 % | 11,0 % | 8,1 % | 11,7 % |
| X visites (usagers) | 4,28 % | 4,13 % | 4,01 % | 3,92 % | 4,13 % | 3,94 % |

*F = 1,01 (5 degrés de liberté) α = 0,41;*
*aucune différence importante entre les deux groupes au niveau 0,05*

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| X visites (total) | 0,34 % | 0,51 % | 0,25 % | 0,41 % | 0,32 % | 0,43 % |

*F = 20,08 (5 degrés de liberté) r. – 0,0001*
*Hommes priv. < Tous les autres groupes; Femmes pub. > Tous les autres groupes; Femmes pub. > Hommes pub., Hommes priv., Hommes SBL; Femmes priv. > Hommes pub., Hommes priv., Hommes SBL; Femmes SBL > Hommes pub., Hommes priv., Hommes SBL (c.-à-d. les femmes sont plus nombreuses que les hommes dans ce secteur)*

| | Secteur public | | Secteur privé | | Sans but lucratif | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| **Hospitalisations** | | | | | | |
| % ayant passé la nuit | 5,4 % | 6,4 % | 4,9 % | 6,4 % | 5,8 % | 5,6 % |
| X nuits (usagers) | 2,50 % | 2,33 % | 2,56 % | 2,16 % | 2,66 % | 2,50 % |

*F = 1,31 (5 degrés de liberté) α = 0,26;*
*aucune différence importante entre les deux groupes au niveau 0,05*

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| X nuits (total) | 0,12 % | 0,13 % | 0,11 % | 0,12 % | 0,14 % | 0,13 % |

*F = 0,97 (5 degrés de liberté) α = 0,44;*
*aucune différence importante entre les deux groupes au niveau 0,05*

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Visites à l'urgence** | | | | | | |
| % visites | 12,1 % | 13,8 % | 12,6 % | 12,5 % | 13,0 % | 14,1 % |
| X visites (usagers) | 1,64 % | 1,60 % | 1,56 % | 1,60 % | 1,60 % | 1,54 % |

*F = 0,68 (5 degrés de liberté) α = 0,69;*
*aucune différence importante entre les deux groupes au niveau 0,05*

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| X visites (total) | 0,19 % | 0,21 % | 0,18 % | 0,19 % | 0,20 % | 0,21 % |

*F = 0,93 (5 degrés de liberté) α = 0,46;*
*aucune différence importante entre les deux groupes au niveau 0,05*

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Traitement en consultation externe** | | | | | | |
| % ayant reçu un traitement | 25,4 % | 31,8 % | 21,1 % | 27,9 % | 26,4 % | 30,5 % |
| X nombre (usagers) | 1,92 % | 1,95 % | 1,74 % | 1,88 % | 1,96 % | 1,88 % |

*F = 1,87 (5 degrés de liberté) α = 0,10;*
*aucune différence importante entre les deux groupes au niveau 0,05*

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| X nombre (total) | 0,47 % | 0,59 % | 0,35 % | 0,49 % | 0,49 % | 0,55 % |

*F = 23,0 (5 degrés de liberté) α = 0,0001*
*Hommes priv. < Tous les autres groupes; Femmes pub. > Tous les autres groupes; Femmes priv. < Femmes pub., Femmes SBL*
*Nota : Aucune différence liée au sexe dans le secteur SBL*

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Pourcentage ayant dépensé les montants suivants en médicaments sur ordonnance dans les six derniers mois** | | | | | | |
| Rien | 49,7 % | 35,1 % | 54,6 % | 36,9 % | 58,0 % | 42,1 % |
| 1 $ à 150 $ | 31,2 % | 41,4 % | 33,4 % | 45,7 % | 27,3 % | 41,1 % |
| > 150 $ | 19,1 % | 23,4 % | 12,0 % | 17,4 % | 14,7 % | 16,8 % |

*Chi carré = 887,48 (6) α = 0,001*

Nota : pub. = secteur public; priv. = secteur privé; SBL = sans but lucratif

# Annexe C

## *Répercussions du conflit entre le travail et la vie personnelle sur la santé*

| Concept | Surcharge de rôles | | Interférence du travail dans la famille | | Interférence de la famille dans le travail | | Pression sur le fournisseur de soins | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Haut | Bas | Haut | Bas | Haut | Bas | Haut | Bas |
| % qui se disent en très bonne/excellente santé | 41,2 | 67,8 | 38,3 | 59,2 | 37,1 | 52,8 | 35,3 | 47,2 |
| % qui se disent en assez bonne/mauvaise santé | 21,7 | 7,4 | 24,7 | 10,5 | 27,0 | 14,1 | 28,4 | 17,1 |
| % qui n'ont *pas* consulté de médecin dans les six derniers mois | 42,6 | 56,2 | 42,2 | 50,0 | 42,2 | 48,1 | 38,7 | 47,6 |
| % qui ont consulté un médecin trois fois ou plus au cours des six derniers mois | 27,9 | 15,6 | 29,2 | 18,7 | 28,9 | 21,3 | 33,5 | 23,2 |
| % qui ont été hospitalisés au cours des six derniers mois | 6,6 | 4,4 | 7,0 | 4,9 | 6,6 | 5,2 | 8,2 | 5,6 |
| % qui se sont rendus à l'urgence au cours des six derniers mois | 14,1 | 9,9 | 14,9 | 9,9 | 15,6 | 11,8 | 18,1 | 11,9 |
| % qui n'ont *pas* consulté un autre professionnel des soins de santé au cours des six derniers mois | 67,9 | 77,2 | 66,7 | 73,8 | 67,6 | 71,6 | 68,3 | 70,0 |
| % qui ont consulté un autre professionnel des soins de santé quatre fois ou plus au cours des six derniers mois | 19,4 | 12,4 | 18,8 | 14,7 | 17,8 | 16,2 | 18,1 | 16,9 |
| % qui ont consulté un professionnel de la santé mentale au cours des six derniers mois | 13,1 | 5,1 | 13,7 | 8,1 | 16,8 | 8,9 | 15,2 | 10,2 |
| % qui n'ont *pas* reçu de traitement en consultation externe au cours des six derniers mois | 70,4 | 78,5 | 69,1 | 75,6 | 70,9 | 73,8 | 64,5 | 71,6 |
| % qui ont reçu au moins trois traitements en consultation externe au cours des six derniers mois | 7,6 | 3,2 | 7,5 | 4,4 | 7,6 | 4,9 | 10,1 | 5,6 |
| % qui n'ont *rien* dépensé pour des médicaments sur ordonnance au cours des six derniers mois | 39,8 | 50,5 | 41,4 | 45,5 | 40,9 | 44,7 | 32,2 | 43,1 |
| % qui ont dépensé 150 $ ou plus en médicaments sur ordonnance au cours des six derniers mois | 25,9 | 14,0 | 22,1 | 16,8 | 20,5 | 18,1 | 28,4 | 18,1 |
| Montant moyen dépensé en médicaments sur ordonnance au cours des six derniers mois | 93,36$ | 69,17$ | 94,17$ | 79,15$ | 96,1$ | 82,2$ | 118,17$ | 86,14$ |

Nota : Toutes les différences sont significatives à 0,0001

# Annexe D

## *Risque relatif de conflit entre le travail et la vie personnelle*

| | Risque relatif associé à : | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Surcharge de rôles** | **Interférence du travail dans la famille** | **Interférence de la famille dans le travail** | **Pression sur le fournisseur de soins** |
| % qui se disent en très bonne/excellente santé* | 1,6 | 1,5 | 1,4 | 1,3 |
| % qui se disent en assez bonne/mauvaise santé | 2,9 | 2,4 | 1,9 | 1,7 |
| % qui n'ont *pas* consulté de médecin au cours des six derniers mois* | 1,3 | – | – | – |
| % qui ont consulté un médecin trois fois ou plus au cours des six derniers mois | 1,8 | 1,6 | 1,4 | 1,4 |
| % qui ont été hospitalisés au cours des six derniers mois | 1,5 | 1,4 | 1,3 | 1,5 |
| % qui se sont rendus à l'urgence au cours des six derniers mois | 1,4 | 1,5 | 1,3 | 1,5 |
| % qui ont consulté un autre professionnel des soins de santé quatre fois ou plus au cours des six derniers mois | 1,6 | 1,3 | – | – |
| % qui ont consulté un professionnel de la santé mentale au cours des six derniers mois | 2,6 | 1,7 | 1,9 | 1,5 |
| % qui ont reçu au moins trois traitements en consultation externe au cours des six derniers mois | 2,4 | 1,7 | 1,6 | 1,8 |
| % qui n'ont *rien* dépensé pour des médicaments sur ordonnance au cours des six derniers mois* | 1,3 | – | – | 1,3 |
| % qui ont dépensé 150 $ ou plus en médicaments sur ordonnance au cours des six derniers mois | 1,9 | 1,3 | – | 1,6 |

Le risque relatif est calculé de deux façons :

- Pour les concepts suivis d'un astérisque (*), on a calculé le risque en divisant le résultat moyen des employés dont le conflit entre le travail et la vie personnelle est mineur par le résultat moyen des employés dont le conflit entre le travail et la vie personnelle est important.
- Pour tous les autres concepts, on a calculé le risque en divisant le résultat moyen des employés dont le conflit entre le travail et la vie personnelle est important par le résultat moyen des employés dont le conflit entre le travail et la vie personnelle est mineur.

Nota : Seuls les risques relatifs de 1,3 ou plus sont indiqués.

# Annexe E

## *Calcul des coûts du conflit entre le travail et la vie personnelle pour le système de soins de santé*

La première étape en vue d'obtenir des données sur une estimation économique du conflit entre le travail et la vie personnelle est de sélectionner le facteur de stress et les conséquences précises parmi le vaste éventail de conséquences possibles qui existent. Dans le cas du conflit entre le travail et la vie personnelle, nous avons défini la source de stress comme étant la perception de la surcharge de rôles, de l'interférence du travail dans la famille, de l'interférence de la famille dans le travail et de la pression sur le fournisseur de soins.

On doit maintenant déterminer quelles conséquences explorer, compte tenu du vaste éventail de résultats disponibles sur la santé. Notre choix est facilité par le fait que les données économiques et sur les coûts de santé doivent être disponibles à *l'échelle nationale à partir de sources secondaires*. Comme l'ont indiqué Cooper et coll. (1996), « Le problème n'est... pas le manque de méthodes de calcul économique, mais plutôt le manque de données factuelles sur lesquelles appuyer nos calculs » (p.78) [TRADUCTION]. Après de nombreuses recherches[35], nous n'avons pu trouver des données nationales fiables que pour les trois éléments suivants : consultations chez le médecin, hospitalisations et visites à l'urgence.

Voici les composants de base du modèle d'évaluation socio-économique (Levi & Lunde-Jensen, 1996) et les sources de données canadiennes utilisées pour répondre à ces besoins :

**Des données sur le système de soins de santé et des indicateurs économiques de base** sont nécessaires afin de pouvoir calculer l'utilisation totale de ce composant du système de soins de santé et d'assigner une valeur au coût moyen par utilisation (dans notre cas, les visites chez le médecin, les hospitalisations et les visites à l'urgence). L'information sur les données du système de soins de santé utilisée dans le présent rapport est comprise dans les encadrés E1 (Visites chez le médecin), E2 (Hospitalisations) et E3 (Visites à l'urgence).

### Encadré E1

#### Données utilisées dans les calculs concernant les visites chez le médecin

Source : Institut canadien d'information sur la santé (2001). Base de données nationale sur les médecins, Rapport sur les catégories du système de groupement national, Canada, 1996-1997 à 1998-1999 (tableau 21-5). Ottawa : ICIS

Les données suivantes sont nécessaires pour effectuer ces calculs :

- le nombre total de visites chez le médecin au Canada au cours d'une année donnée pour la population âgée entre 18 et 65 ans;
- le coût moyen par visite chez le médecin au Canada la même année.

Les données suivantes ont été obtenues de l'ICIS (2001) :

- le nombre total de visites chez le médecin en 1998-1999 était de 191 945 348;
- le coût moyen des visites chez le médecin et des consultations pour 1998-1999, au Canada = 38,31 $.

Les limites particulières des données concernant le coût comprennent le fait que celui-ci a été calculé en tenant compte de toutes les visites chez le médecin, y compris les visites liées à la maternité et les bilans de santé. Les données sont davantage limitées par le fait qu'elles sont fondées sur 1998-1999 (l'année la plus récente pour laquelle les données étaient disponibles à l'échelle nationale). Les coûts ont probablement augmenté dans les dernières années et, à ce titre, les chiffres contenus dans le présent rapport sous-estiment la situation réelle. Les données concernant le nombre de visites sont davantage limitées par le fait que seules les données pour tous les patients étaient disponibles (et pas seulement les données pour les patients employés). Les aînés ont habituellement davantage recours au système de soins de santé, tandis que les plus jeunes Canadiens jouissent d'une meilleure santé. Nous ne sommes pas certains, par conséquent, des répercussions que ces limites auront sur nos estimations de coûts.

35 Nous aimerions reconnaître l'aide de Santé Canada et de l'ICIS qui ont consacré beaucoup de temps et d'efforts à essayer de nous aider à localiser les données nationales.

## Encadré E2

### Données utilisées dans les calculs concernant les hospitalisations

Source : Communication personnelle, Institut canadien d'information sur la santé, Base de données canadienne SIG, octobre 2002.

Les données suivantes sont nécessaires pour effectuer ces calculs :

- le nombre total de jours passés à l'hôpital au Canada au cours d'une année donnée pour la population âgée entre 18 et 65 ans;
- le coût moyen par nuit passée à l'hôpital au Canada la même année.

Les données suivantes ont été obtenues de l'ICIS (2002) :

- le nombre de jours-patient passés dans un hôpital au Canada en 1999-2000 = 34 312 892;
- le coût/jour moyen en 1999-2000 (comprend les hôpitaux de toute taille, notamment les hôpitaux universitaires et les hôpitaux pédiatriques) = 660 $

L'une des limites majeures de ces données est qu'elles tiennent compte des patients de tous les âges, à l'exception des nouveau-nés au moment de l'accouchement. Il s'est avéré impossible d'obtenir les données qui étaient restreintes par l'âge du patient. De plus, les données sont dépassées de plusieurs années. Les coûts hospitaliers ont sûrement changé depuis 1999-2000.

## Encadré E3

### Données utilisées dans les calculs concernant les visites à l'urgence

Source : Communication personnelle, Institut canadien d'information sur la santé, Base de données canadienne sur les congés des patients, mars 2003.

Les données suivantes sont nécessaires pour effectuer ces calculs :

- le nombre total de visites à l'urgence au Canada au cours d'une année donnée pour la population âgée entre 18 et 65 ans;
- le coût moyen par visite dans un service d'urgence au Canada pour la même année.

Les données suivantes ont été obtenues de l'ICIS (2003) :

- visites totales estimées à 13 378 011 pour 2000-2001;
- coût par visite estimé à 87,39 $ pour 2000-2001.

Le lecteur doit être conscient des limites possibles associées à ces données. La limite principale concerne le fait qu'il s'agit de la première année de production de ces données par l'ICIS. Puisque la méthodologie est en cours de mise au point, les chiffres sont préliminaires et assujettis à révision et au développement. Cette prudence s'explique par le fait que le rapport des dépenses liées aux visites varie largement d'une province à l'autre. Le fait que la population pour laquelle les données ont été recueillies est âgée entre 15 et 64 ans constitue une autre limite. Il est possible que le nombre de visites à l'urgence varie en fonction de l'âge des patients.

**Une estimation de la proportion de l'utilisation de ce composant du système de soins de santé lié au conflit entre le travail et la vie personnelle**. L'ensemble des données du document de 2001 intitulé « Équilibre entre le travail, la famille et le style de vie : une étude nationale » a été utilisé pour estimer la prévalence, le risque relatif et la fraction causale. Voici les questions auxquelles nous devons trouver réponse :

1. Quelle proportion de travailleurs est exposée au facteur de risque (dans notre cas, le conflit entre le travail et la vie personnelle)? Il s'agit de la question de *prévalence*.

2. Quelle proportion des visites chez le médecin, des hospitalisations et des visites à l'urgence peut être associée au facteur de risque? Elle répond à la question du *risque relatif*.

3. Avec les données sur la population exposée et ses risques excédentaires, quelle part de l'utilisation du système de soins de santé *aurait été évitée* en l'absence du facteur de risque? C'est ce qu'on appelle la *fraction causale*.

Les tableaux E1 à E3 présentent les données utilisées pour répondre aux questions relatives aux visites chez le médecin, aux hospitalisations et aux visites à l'urgence.

**Tableau E1 : Coûts du conflit entre le travail et la vie personnelle : Visites chez le médecin**

| Échantillon total | Surcharge de rôles | | Interférence du travail dans la famille | | Interférence de la famille dans le travail | | Pression sur le fournisseur de soins | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Élevée | Faible | Élevée | Faible | Élevée | Faible | Modérée/Élevée[36] | Faible |
| Prévalence (P) | 58,0 | 12,3 | 28,0 | 35,2 | 9,6 | 58,8 | 25,9 | 74,1 |
| Nombre de visites chez le médecin | 1,741 | 1,105 | 1,817 | 1,354 | 1,888 | 1,437 | 2,022 | 1,529 |
| Risque relatif - (RR) | 1,58 | | 1,34 | | 1,31 | | 1,32 | |
| Fraction causale | 25,0 % | | 8,7 % | | 2,9 % | | 7,7 % | |
| Total des visites | 192 millions | | 192 millions | | 192 millions | | 192 millions | |
| Visites en excédent attribuables à : | 48,0 millions | | 16,8 millions | | 5,6 millions | | 14,8 millions | |
| Coût par visite | 38,31 $ | | 38,31 $ | | 38,31 $ | | 38,31 $ | |
| Coût direct des visites en excédent attribuables à : | 1,84 milliard $ | | 643 millions $ | | 215 millions $ | | 567 millions $ | |

**Tableau E2 : Coûts du conflit entre le travail et la vie personnelle : Hospitalisations**

| Échantillon total | Surcharge de rôles | | Interférence du travail dans la famille | | Interférence de la famille dans le travail | | Pression sur le fournisseur de soins | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Élevée | Faible | Élevée | Faible | Élevée | Faible | Modérée/Élevée[37] | Faible |
| Prévalence (P) | 58,0 | 12,3 | 28,0 | 35,2 | 9,6 | 58,8 | 25,9 | 74,1 |
| Nombre de jours à l'hôpital | 0,139 | 0,103 | 0,157 | 0,117 | 0,136 | 0,122 | 0,223 | 0,120 |
| Risque relatif - (RR) | 1,35 | | 1,34 | | 1,11 | | 1,86 | |
| Fraction causale | 16,9 % | | 8,7 % | | 1,1 % | | 18,2 % | |
| Total des jours | 34,3 millions | | 34,3 millions | | 34,3 millions | | 34,3 millions | |
| Jours en excédent attribuables à : | 5,78 millions | | 3,00 millions | | 374,000 | | 6,24 millions | |
| Coût par jour | 660 $ | | 660 $ | | 660 $ | | 660 $ | |
| Coût direct des jours d'hospitalisation en excédent attribuables à : | 3,82 milliards $ | | 1,98 milliard $ | | 247 millions $ | | 4,12 milliards $ | |

36 Dans cette analyse, la pression sur le fournisseur de soins a été divisée en deux groupes principaux : les personnes qui ont déclaré subir une telle pression une fois par semaine ou plus, et celles qui l'ont vécue une fois par mois ou moins. Puisque 9,0 % de la population déclare des niveaux très élevés de pression sur le fournisseur de soins (c.-à-d. que la pression est subie tous les jours ou plusieurs fois par semaine), le coût direct concernant les visites chez le médecin est estimé à 207 millions de dollars par année.

37 Dans cette analyse, la pression sur le fournisseur de soins a été divisée en deux groupes principaux : les personnes qui ont déclaré subir une telle pression une fois par semaine ou plus, et celles qui l'ont vécue une fois par mois ou moins. Puisque 9,0 % de la population déclare des niveaux très élevés de pression sur le fournisseur de soins (c.-à-d. que la pression est subie tous les jours ou plusieurs fois par semaine), le coût direct concernant les hospitalisations s'élève à 1,62 milliard de dollars.

**Tableau F3 : Coûts du conflit entre le travail et la vie personnelle : Visites à l'urgence**

| Échantillon total | Surcharge de rôles | | Interférence du travail dans la famille | | Interférence de la famille dans le travail | | Pression sur le fournisseur de soins | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Élevée | Faible | Élevée | Faible | Élevée | Faible | Modérée/Élevée[38] | Faible |
| Prévalence (P) | 58 | 12,3 | 28 | 35,2 | 9,6 | 58,8 | 25,9 | 74,1 |
| Nombre de visites à l'urgence | 0,23 | 0,152 | 0,254 | 0,169 | 0,274 | 0,184 | 0,328 | 0,201 |
| Risque relatif - (RR) | 1,51 | | 1,5 | | 1,49 | | 1,63 | |
| Fraction causale | 22,7 % | | 12,3 % | | 4,5 % | | 14,1 % | |
| Total des visites | 13,4 millions | | 13,4 millions | | 13,4 millions | | 13,4 millions | |
| Visites en excédent attribuables à : | 3,04 millions | | 1,65 million | | 600 000 | | 1,88 million | |
| Coûts directs des visite à : | 87,39 $ | | 87,39 $ | | 87,39 $ | | 87,39 $ | |
| Coût direct des visites à l'urgence en excédent attribuables à : | 265 millions $ | | 144 millions $ | | 52,4 millions $ | | 164 millions $ | |

On a répondu à la question 1 (prévalence) en calculant la proportion de l'échantillon qui a signalé un conflit important entre le travail et la vie personnelle (c.-à-d. opérationnalisé comme surcharge de rôles élevée, interférence élevée du travail dans la famille, interférence élevée de la famille dans le travail, pression élevée sur le fournisseur de soins).

On a répondu à la question 2 (risque relatif - RR) en calculant comme suit :

- **RR : Visites chez le médecin** - obtenu en calculant le nombre moyen de visites des personnes présentant des niveaux élevés de conflit entre le travail et la vie personnelle et en divisant ce nombre par le nombre moyen de visites pour un groupe de contrôle composé de personnes présentant des niveaux faibles de conflit entre le travail et la vie personnelle. On a ensuite obtenu le risque relatif pour déterminer le nombre de visites en excédent associé au facteur de risque (dans ce cas, la surcharge de rôles, l'interférence du travail dans la famille, l'interférence de la famille dans le travail et la pression sur le fournisseur de soins).
- **RR : Hospitalisations** - obtenu en calculant le nombre moyen d'hospitalisations pour les personnes présentant des niveaux élevés de conflit entre le travail et la vie personnelle et en divisant ce nombre par le nombre d'hospitalisations pour un groupe de contrôle composé de personnes présentant des niveaux faibles de conflit entre le travail et la vie personnelle. On a ensuite obtenu le risque relatif pour déterminer le nombre d'hospitalisations en excédent associé au facteur de risque.
- **RR : Visites à l'urgence** - obtenu en calculant le nombre moyen de visites des personnes présentant des niveaux élevés de conflit entre le travail et la vie personnelle et en divisant ce nombre par le nombre de visites pour un groupe de contrôle composé de personnes présentant des niveaux faibles de conflit entre le travail et la vie personnelle. On a ensuite obtenu le risque relatif pour déterminer le nombre de visites en excédent associé au facteur de risque.

Une fois la population à risque quantifiée et ses risques excédentaires définis, nous pouvons calculer la partie de l'utilisation totale du système de soins de santé qui aurait été évitée en l'absence du facteur de risque (question 3 : la fraction causale). On la calcule à partir de la prévalence (P) et du risque relatif (RR) à l'aide de la formule suivante :

38 Dans cette analyse, la pression sur le fournisseur de soins a été divisée en deux groupes principaux : les personnes qui ont déclaré subir une telle pression une fois par semaine ou plus, et celles qui l'ont vécue une fois par mois ou moins. Puisque 9,0 % de la population déclare des niveaux très élevés de pression sur le fournisseur de soins (c.-à-d. que la pression est subie tous les jours ou plusieurs fois par semaine), le coût direct concernant les visites à l'urgence est estimé à 62,9 millions de dollars par année.

**Fraction causale = (RR - 1) * P / ((RR - 1) * P + 1)**

Ainsi, par exemple, 58,0 % de l'échantillon mentionne une surcharge de rôles élevée et 12,3 % rapporte une faible surcharge de rôles. Les employés qui ont une surcharge de rôles élevée ont en moyenne consulté 1,74 fois un médecin sur une période de six mois, comparativement à seulement 1,11 consultation pour les employés qui ont une faible surcharge de rôles. Le RR est donc de 1,58 (c.-à-d. que les visites chez un médecin parmi les employés qui ont une surcharge de rôles élevée était de 1,58 fois le nombre de visites des travailleurs qui ont une faible surcharge de rôles).

On poursuit le calcul. Si le risque du groupe exposé correspond à 1,58 fois celui du groupe de contrôle et que la prévalence est de 58 %, la formule de la fraction causale correspond à (1,58 - 1) * 0,58 / [(1,58 - 1) * 0,58 + 1] = 0,25. Les visites chez le médecin en excédent chez les employés qui travaillent dans des conditions où le conflit entre le travail et la vie personnelle est important s'élèvent donc à 25 %. On aboutit à un excédent de 48 millions de visites chez le médecin par année qui peuvent être attribuées aux niveaux élevés de surcharge de rôles (c.-à-d. 25 % de 192 millions). Pour estimer les coûts associés à ce nombre de visites en excédent, nous utilisons le coût moyen national d'une visite chez le médecin. Pour 1999 (l'année disponible la plus récente), il s'élève à 38,31 $ par visite. Nous multiplions ensuite le nombre de visites en excédent par le coût par visite pour arriver à un coût estimatif annuel des visites excédentaires chez le médecin qui peuvent être attribuées aux niveaux élevés de surcharge de rôles : 1,84 milliard de dollars par année. On a effectué des calculs similaires pour calculer l'augmentation des coûts liée à l'interférence du travail dans la famille, à l'interférence de la famille dans le travail et à la pression sur le fournisseur de soins (voir tableau E1) et l'augmentation des coûts relative à toutes les formes de conflit pour les hospitalisations (tableau E2) et les visites à l'urgence (tableau E3).

## Limites des estimations

À notre connaissance, ces estimations représentent la première tentative visant à attribuer une valeur aux coûts des soins de santé du conflit entre le travail et la vie personnelle à l'échelle nationale, et c'est pourquoi elles ont leurs limites. Nous devons souligner une fois de plus que ces estimations sont prudentes et qu'elles ne représentent probablement qu'une fraction des coûts qui peuvent être attribuables au conflit entre le travail et la vie personnelle. En ce qui concerne le secteur des soins de santé, nous n'avons pu obtenir de données fiables que pour trois aspects de l'utilisation du système de santé : les visites chez le médecin, les hospitalisations et les visites à l'urgence. Nos estimations, par conséquent, ne peuvent évaluer le rôle du conflit entre le travail et la vie personnelle dans les dépenses publiques pour des services tels que les procédures de diagnostique, les visites chez des professionnels de la santé mentale, et la part du gouvernement dans le coût des médicaments utilisés pour traiter les maladies liées au stress. Nous ne pouvons pas non plus attribuer les coûts aux entreprises privées et aux particuliers relativement à l'utilisation que font les employés des services d'autres professionnels de la santé et des médicaments sur ordonnance (p. ex., les coûts liés au programme d'aide aux employés et les coûts d'un chiropraticien, d'un physiothérapeute et de médicaments sur ordonnance qui sont payés par l'employeur dans le cadre du régime d'avantages sociaux de l'employé ou payés par l'employé lui-même en l'absence d'un tel régime).

Nos estimations sont également limitées par l'échantillon que nous avons utilisé comme base de calcul de nos multiplicateurs. Les employés de notre échantillon ne sont peut-être pas représentatifs des autres employés du Canada, car ils travaillent pour des entreprises qui emploient plus de 500 personnes. Levi et Lunde-Jensen (1996), toutefois, soutiennent que la validité de l'information peut être améliorée en comparant les estimations à celles obtenues dans d'autres échantillons. À cet égard, nous faisons remarquer que nos fractions étiologiques (c.-à-d. la proportion des visites excédentaires chez le médecin, par exemple, associée au conflit entre le travail et la vie personnelle) concordent

avec les chiffres obtenus dans les études de l'Union européenne (Levi et Lunde-Jensen, 1996).

Enfin, nos estimations sont également limitées par nos sources de données nationales[39]. Il est suffisant de dire que trouver les renseignements appropriés sur les soins de santé était un défi de taille. Bien que Statistique Canada et l'ICIS fournissent d'excellentes données sur la santé, il s'est avéré quasi impossible de comparer « des oranges avec des oranges ». De grandes différences interprovinciales dans les calendriers des paiements et les catégories de classification ont rendu l'établissement du coût des services de médecins et des visites à l'hôpital extrêmement difficile. Une bonne quantité de données ne sont toujours pas recueillies à l'échelle nationale et n'étaient disponibles que pour certaines provinces. Le haut niveau de variabilité de ces données d'une province à l'autre (p. ex., les données sur les diagnostiques de consultations externes) nous empêchait d'extrapoler avec confiance ces données à l'échelle nationale. L'on peut aussi attribuer une autre difficulté au fait que la façon dont les données ont été recueillies, regroupées et saisies a changé de manière remarquable au cours des dernières années, car Statistique Canada et l'ICIS ont tenté d'améliorer le processus de collecte des données. Aussi, il est difficile de faire des comparaisons avec le passé. Cette prudence est particulièrement importante en ce qui a trait à la comparaison des coûts de l'augmentation du nombre de visites chez le médecin pour le système de soins de santé déclarés dans notre étude de 1999 (Duxbury et al., 1999) aux calculs contenus dans le présent rapport[40].

L'ICIS (2002) présente aussi les difficultés d'obtenir des données sur les soins de santé à l'échelle nationale. Il attribue certaines de ces difficultés au fait que la constitution de dossiers de santé électroniques est complexe et que des mesures appropriées de protection de la vie privée restent à établir. De nombreuses compétences ont en fait adopté des lois protégeant la confidentialité des renseignements relatifs à la santé. Espérons que cette situation sera corrigée dans un avenir rapproché, car le gouvernement du Canada a engagé 500 millions de dollars dans Inforoute Santé du Canada Inc. (ICIS) pour établir et accélérer la création de systèmes modernes d'information sur la santé (ICIS, 2002).

Dans l'ensemble, nous croyons que nos estimations sont justes, compte tenu des données disponibles. Nous sommes davantage rassurés par le fait que ces chiffres représentent une estimation moins élevée en ce que nous n'avons examiné que quelques-uns des coûts possibles pour les personnes qui ont déclaré des niveaux élevés de conflit (les personnes dont le niveau de conflit est modéré contribuent probablement aussi à l'augmentation des coûts). Si des données plus récentes devenaient disponibles, les multiplicateurs obtenus dans cette étude devraient permettre de faire de nouveaux calculs facilement.

39 Les limites particulières associées à chaque ensemble de données sont fournies dans les encadrés de l'annexe.

40 Les calculs de 1999 sont basés sur les visites faites par les Canadiens âgés entre 15 et 64 ans; les calculs de 2003 sont basés sur les visites faites par tous les Canadiens, peu importe leur âge.